

ANNÉE 1914

THÈSE

N° —

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

B. CHAKHINE

Né à Konotop (Russie), le 7 août 1888

433

L'Opothérapie thyroïdienne

EN GYNÉCOLOGIE

Président : M. POZZI, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

—
1914

183

433

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

ANNÉE 1914

THÈSE

N° —

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

B. CHAKHINE

Né à Konotop (Russie), le 7 août 1888

L'Opothérapie thyroïdienne

EN GYNÉCOLOGIE



Président : M. POZZI, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et Chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER
Anatomie pathologique.	LEJARS
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	AUGUSTE BROCA
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	DEJERINE
	DELBE
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	J. ANGLAIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
COUVELAIRE	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	ZIMMERN.
GREGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de ma très
profonde et respectueuse affec-
tion et de ma plus vive reconnais-
sance de leur immense dévoue-
ment.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

MONSIEUR LE PROFESSEUR HAYEM

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

(In Memoriam)

A MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique
à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JAYLE

A la première page de notre modeste travail nous tenons à exprimer toute notre gratitude à M. Jayle, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a aidé par ses conseils toujours utiles et instructifs.

L'OPOTHÉRAPIE THYROÏDIENNE

en Gynécologie

INTRODUCTION

Les effets utiles des médications glandulaires ne semblent pouvoir être mis en doute à l'heure actuelle.

L'influence de la médication thyroïdienne au cours du myxœdème n'est plus discutée, et selon l'observation très judicieuse du professeur Gilbert, « l'opothérapie thyroïdienne est le grand triomphe de l'opothérapie ».

Il existe une corrélation des plus intimes entre les différentes glandes à sécrétion interne, de sorte que l'altération de l'une retentit sur les fonctions de l'autre.

Les relations qui existent entre les ovaires et le corps thyroïde ont souvent attiré l'attention des observateurs et ont fait le sujet de beaucoup de travaux très intéressants.

Certains accidents pathologiques chez la femme n'étant que les manifestations des troubles thyro-ovariens, il paraît légitime de les traiter par l'opothérapie thyroïdienne.

Dans notre court travail, nous nous efforcerons de préciser les indications, fort nombreuses et parfois complexes, de cette médication en gynécologie, sans trop insister sur l'interprétation des faits cliniques.

HISTORIQUE

Les organes ou le suc d'organes empruntés à différents animaux ont été employés depuis la plus haute antiquité comme remède dans divers états morbides.

Les Hindous utilisaient le testicule du bouc comme aphrodisiaque lorsqu'ils avaient de trop nombreuses épouses à contenter. Les Chinois employaient les matières fécales desséchées contre les maladies d'intestin. Les Hébreux connaissaient l'usage du fiel dans les ophtalmies et Tobie guérit la cécité de son père en lui frottant les yeux avec du fiel de poisson.

Les anciens Grecs utilisaient aussi de nombreux remèdes animaux.

Homère raconte comment Chiron, le Centaure fortifiait Achille en lui faisant ingérer de la moelle de lion.

Hippocrate donne une longue liste de médicaments animaux, entre autres la cantharide comme diurétique.

Galien emploie le foie de loup dans la jaunisse.

Au moyen âge, on retrouve les mêmes pharmacopées et les mêmes idées thérapeutiques. Jean

Renon, médecin d'Henri IV, dit que « puisque les excréments des animaux ont leur particulière vertu, il n'est pas malséant au pharmacien d'en tenir dans sa boutique et particulièrement la fiente de chèvre, de paon, de pigeon ».

Aux ^{xvii}^e et ^{xviii}^e siècles, l'organothérapie se continue et se précise.

Ettmuller emploie la rate contre les cachexies des filles par suppression des mois.

Daniel Becker, en 1622, résume les principes de l'organothérapie.

« La belle et divine harmonie, qui se trouve entre les parties, par laquelle un membre est propre à soulager le même membre et les mêmes parties, prouve combien il est évident et certain qu'on peut tirer de très grands remèdes du corps humain, les choses semblables étant conservées par leurs semblables. S'il est vrai que certaines parties des bêtes soulagent et guérissent les mêmes parties du corps de l'homme : par exemple la cervelle de lièvre est bonne aux maux de tête, ainsi que le poumon de renard et de veau aux phtisiques et aux pulmoniques, le cœur de cerf est un grand cordial, le gésier de la poule fortifie l'estomac, le foie de loup est bon aux hépatiques... »

Mais l'histoire de l'opothérapie moderne fondée sur des bases scientifiques est relativement récente.

C'est Claude Bernard qui, le premier, dans sa leçon de physiologie au Collège de France, le 9 janvier 1855, en dissociant les deux fonctions hépatiques,

nous a donné la première notion sur la sécrétion interne.

« Il doit être maintenant bien établi pour vous qu'il y a dans le foie deux fonctions de la nature des sécrétions. Une sécrétion externe produit la bile qui s'écoule au dehors, l'autre, sécrétion interne, forme le sucre qui entre immédiatement dans le sang de la circulation générale ».

En 1856, Brown-Séquard remarquait que les animaux meurent toujours après l'extirpation des capsules surrénales et il expliquait ces faits par une suppression d'une sécrétion interne indispensable à leur existence. C'est encore Brown-Séquard qui, trente ans plus tard, donna à ces constatations physiologiques et à ces idées théoriques une application pratique en s'injectant à lui-même le suc extrait des testicules. Et dans un article publié par lui dans *l'Archive de physiologie normale et pathologique* de 1889 « sur le rôle physiologique et thérapeutique d'un suc extrait des testicules d'animaux d'après nombre de faits observés chez l'homme », nous trouvons plusieurs observations et une conclusion forte intéressante apportées par le Dr Variot... « Le liquide extrait des glandes sexuelles mâles agirait donc probablement en produisant dans quelques parties une pure dynamogénie et dans d'autres en activant la nutrition. Les changements organiques dus à une amélioration de la nutrition sont possibles à tous les âges. »

Il montra le premier que les glandes à sécré-

tion interne secrètent des sucs à actions électives.

« Les produits solubles spéciaux, dit-il, pénètrent dans le sang et viennent influencer par l'intermédiaire de ce liquide, les autres cellules ou éléments anatomiques de l'organisme. Il est possible que les diverses cellules de l'organisme sont aussi rendues solidaires les unes des autres et par un mécanisme autre que celui des sucs du système nerveux ».

Ainsi se trouve démontrée d'une façon nette pour la première fois l'importance des sécrétions internes dans l'organisme et, de même aussi, la raison physiologique de l'opothérapie.

Les premières notions sur la physiologie des glandes à sécrétion interne et les essais de l'application thérapeutique de ces notions ont amené les esprits vers une route plus approfondie de ces glandes et c'est le corps thyroïde qui a pris une place prépondérante et a suscité depuis une multitude d'années un nombre considérable de travaux.

Les premières recherches cliniques relatives aux lésions du corps thyroïde datent de Gull (1871) et Lind (1885), de Bier qui décrit aussi le myxœdème spontané comme dû à une insuffisance thyroïdienne, de Reverdin (1886) et de Ancher (1888) qui décrivent le myxœdème opératoire consécutif à l'extirpation totale des glandes, de Bouverville qui décrit l'adénie thyroïdienne et les lésions de la circulation et des vaisseaux à une localisation déterminée. Les premières recherches expérimentales sur la fonction thyroïdienne et les résultats de la thyroïdectomie

datent de Schiff (1856, puis 1884), de Horsley (1886), de Wagner, d'Albertoni et Tizzoni, de Gley, etc... Enfin les premières applications thérapeutiques dérivées des théories de Brown-Séquard datent des tentatives de greffes de Horsley (1890), des injections intra-veineuses expérimentales de Gley, des injections sous-cutanées de Bouchard et de Murray (1891), de l'ingestion de glande fraîche (Howitz et Mackenzie), des greffes thyroïdiennes (Christiani), de l'emploi des tumeurs d'animaux éthyroïdes (Ballet et Enriquez), de l'ingestion des parathyroïdes (Vassale).

En même temps ont été expérimentés et recherchés les rapports qui existent entre le corps thyroïde et les autres glandes à sécrétion interne et particulièrement le rapport entre le corps thyroïde et les ovaires.

Notre historique ne devrait concerner, dès ce moment, que l'insuffisance thyroïdienne envisagée dans ses rapports avec l'insuffisance ovarienne. Mais comme ce syndrome n'a pu se constituer qu'après la détermination clinique de l'hypothyroïdie et de l'hypoovarie, nous croyons nécessaire de citer les principaux auteurs qui se sont successivement occupés de chacune de ces formes pathologiques.

En 1891, Thibierge, dans son importante monographie sur le myxœdème, considère les formes frustes comme devant être l'amoindrissement du myxœdème dans tous ses caractères. Murray, dans le *British medical Journal*, publie, en 1892, quelques cas d'insuffisance thyroïdienne atténuée et insiste sur les difficultés de leur recherche. Deux ans

plus tard, Chantemesse et René Marie décrivent les troubles liés aux altérations partielles de la glande thyroïde et communiquent l'observation d'un myxœdème fruste survenu chez une femme de quarante-huit ans, après la ménopause. En 1894 également, Brissaud dégage un type d'infantilisme myxœdémateux qui diffère totalement de l'idiotie myxœdémateuse de Bourneville et représente ce myxœdème fruste de l'enfant auquel Malinvaud consacra sa thèse en 1901.

En 1899 paraît le mémoire d'Hertoghe sur *l'Hypothyroïdie bénigne chronique*.

En 1902, paraît la thèse de Jeandelize, sur la clinique et l'expérimentation de *l'Insuffisance thyroïdienne et parathyroïdienne à début dans le jeune âge*.

De 1906 à 1911, les travaux de MM. Léopold Lévi et Henri de Rothschild « étendent sur bien des points les limites de la pathologie thyroïdienne ». Ces auteurs font connaître les petits signes qui peuvent révéler l'insuffisance, l'excès ou l'altération de la sécrétion du corps thyroïde, et ajoutent aux diverses notions d'insuffisance, celle d'un déséquilibre fonctionnel de la glande auquel ils donnent le nom d'« instabilité thyroïdienne ». En 1907, Apert confirme, par des observations personnelles, cette association de troubles contraires de l'hypothyroïdie et de l'hyperthyroïdie auquel il donne le nom de « dysthyroïdie bénigne ». La même année, Brissaud et Bauer communiquent à la Société médicale des Hôpitaux un

cas de « réversion infantile » avec tendance au myxœdème, survenu après une grossesse chez une femme de vingt-neuf ans, et qu'ils attribuent à l'atrophie constatée de l'ovaire et du corps thyroïde.

Quant à l'insuffisance ovarienne dont s'occupent tous les gynécologues, elle fait l'objet plus particulier des recherches de M. Jayle. Il en détermine plusieurs variétés et les classe suivant leur origine ou la prédominance des symptômes. Ayant observé à maintes reprises, l'existence alternative de phénomènes d'hypoovarie et d'hyperovarie, il donne à ce mal fonctionnement le nom « d'ataxie ovarienne ». Il met au point, également, les diverses indications de l'opothérapie ovarienne (1896-1903). M. Dalché reconnaît cette même instabilité et, dans une suite d'études de 1901 à 1907, il note l'aménorrhée suivie de maladie de Basedow ; les troubles menstruels basedowifiant les goîtres ; l'association chez un même sujet du myxœdème et de la maladie de Basedow ; les phénomènes d'hypo ou d'hyperovarie accompagnés d'états qui « simulent » le myxœdème ou le syndrome de Basedow.

Enfin, M. Siredey dans son *Hygiène des maladies de la femme* (1906) et dans le *Traité de Gynécologie* de Faure et Siredey (1910) signale les troubles polyglandulaires.

Nous allons citer maintenant les auteurs qui ont plus particulièrement mis en relief l'action réciproque du corps thyroïde et de l'ovaire.

En 1895, paraît la thèse de Odeyé, qui porte sur

l'influence des modifications utéro-ovariennes, sur les affections du corps thyroïde. En 1896, Hertoghe étudie l'influence des sucs thyroïdiens sur les organes génitaux. La même année, Ficher insiste sur les relations déjà connues entre la glande thyroïde et l'appareil génital. Au Congrès pour l'avancement des Sciences (Paris, 1900), Jouin, dans un rapport, note l'action décongestionnante des extraits thyroïdiens sur les organes génitaux, et la coexistence de l'insuffisance ovarienne et de l'hypertrophie thyroïdienne. En 1902, paraît l'article de Dupré et Pagniez sur l'infantilisme dégénératif compliqué de dystrophie pubérale. MM. Parrhon et Golstein affirment de leur côté l'antagonisme de l'ovaire et du corps thyroïde (1903).

Au Congrès français de Médecine, 1904, Lorand a présenté une note où il considère l'ovaire et le corps thyroïde comme exerçant une action presque analogue sur les échanges nutritifs.

En 1906, Charrin et Jardry analysent, dans une suite d'expériences, les modifications du corps thyroïde pendant la gestation.

La thèse de Jardry (1907), sur *la Sécrétion interne de l'ovaire*, étudie l'action synergique que peuvent, en diverses occurrences, exercer l'une sur l'autre la glande thyroïdienne et la glande ovarienne. En 1908, MM. Renon et Delille publient leur intéressante observation d'insuffisance tyro-ovarienne et d'hyperactivité hypophysaire.

MM. Parrhon et Golstein, dans leur livre sur les

Sécrétions internes (1909), synthétisent toutes les études sur les glandes vasculaires.

Aussi l'existence de relations thyro-ovariennes prend, à la suite de cette variété d'observations, une signification de plus en plus importante. Mais des opinions opposées séparent les auteurs actuels. Pour MM. Blondel, Hertoghe, Dupré, Pagniez, Parrhon et Golstein, Frascali, les deux glandes sont antagonistes. Pour MM. Fischer, Charrin, Jardry, Lorand, elles sont synergiques.

Parallèlement à ces recherches, les auteurs, ont essayé d'appliquer le traitement thyroïdien en gynécologie. De nombreux faits cliniques ont été rapportés, dans lesquels les bons effets de cette thérapeutique ont été mis en évidence. Citons, pour mémoire, les cas publiés par Hertoghe, Léopold Lévi et H. de Rothschild, Jayle, Siredey, Dalché, etc.

En 1911, M^{me} Collard-Huard a publié sa thèse dans laquelle elle apporte plusieurs observations personnelles de l'application du traitement thyroïdien dans le service de Siredey. Dans le service de notre maître, M. le professeur Pozzi, des essais de la médication thyroïdienne ont été faits sous la direction des docteurs Jayle et Léopold Lévi. De ces nombreux faits cliniques, les indications multiples de l'opothérapie thyroïdienne en gynécologie se sont précisés et continuent à s'étendre.

ETUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

CHAPITRE PREMIER

Nous nous permettons, avant d'aborder l'étude des indications de l'opothérapie thyroïdienne en gynécologie, de présenter quelques expériences et faits cliniques qui ont mis en évidence la relation très intime et l'action réciproque des corps thyroïdes et de l'ovaire.

Hallion injecte de l'extrait ovarien dans les veines d'un animal, il se produit dans le corps thyroïde une vaso-dilatation passagère.

Hoffmeister, en extirpant le corps thyroïde chez les animaux et en examinant les ovaires au point de vue de leurs altérations microscopiques, a observé une maturation spontanée et prématurée des follicules ovariennes. Otto Lanz, en enlevant le corps thyroïde à des poules, a constaté qu'elles produisaient des œufs plus petits et en nombre moindre que les poules normales. Par contre, en injectant du corps thyroïde à des poules castrées, il obtenait deux fois plus d'œufs que chez les témoins avariectomisées. Spolverini a observé que les chevreaux prove-

nant des chèvres thyroïdectomisées pesaient à leur naissance un kilogramme de moins que les chevreaux nés de la chèvre contrôle. Trois moururent sur quatre.

Nous allons maintenant envisager quelques faits cliniques qui sont à l'appui de cette corrélation.

Otto Lanz a montré que la thyroïdectomie précoce chez la femme empêche l'apparition des caractères sexuels secondaires, de l'instinct sexuel et de la menstruation. Hoffmeister a constaté un état atrophique permanent des follicules de de Graaf chez les femmes thyroïdectomisées.

Cecca a trouvé l'hypertrophie du corps thyroïde après ablation des ovaires. Enfin Lange et d'autres auteurs ont bien mis en évidence l'hypertrophie du corps thyroïde, pendant la grossesse et pendant la ménopause.

Ces faits nous amènent à conclure logiquement que certaines perturbations utéro-ovariennes sont sous la dépendance des troubles dans le fonctionnement du corps thyroïde et relèveront du traitement opothérapique.

Le but de notre travail est d'indiquer exactement les différents cas pathologiques de la sphère génitale de la femme qui peuvent être traités par cette médication. Nous allons maintenant passer en revue un certain nombre d'observations, de l'étude desquelles nous pourrions dégager les différentes indications de l'opothérapie thyroïdienne en gynécologie.

CHAPITRE II

TROUBLES DE LA MENSTRUATION

OBSERVATION I

(Léopold Lévi et H. de Rothschild.)

Ménorragie

Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, les règles se traduisaient par une hémorragie extrêmement abondante qui nécessitait, pour le moins, une quinzaine de jours de lit, et qui mettait l'enfant en danger par l'anémie qu'elle déterminait. Il en fut ainsi au mois d'octobre 1910 (règles du 4 au 20), au mois de novembre (règles du 7 au 25), malgré l'emploi de sérum de cheval, d'adrénaline et de chlorure de calcium. En décembre 1910 et en janvier 1911, les règles sont très abondantes et durent huit à dix jours. Un séjour au bord de la mer, prolongé pendant quatre mois, diminue l'abondance des menstrues, mais nécessite une immobilité au lit de trois jours et même de quatre jours. La jeune fille nous est amenée au mois de septembre 1911.

Il s'agit d'un sujet de petite taille aux pieds froids, troubles circulatoires, gonflement des jambes, fatigue facile. Chute des cheveux, migraine, retard de la dentition.

Simultanément l'enfant était émotive. Elle a un pouls à 108. Les premiers cachets de 25 milligrammes de corps thyroïde précèdent les règles d'octobre, qui ne sont fortes que le deuxième jour. La jeune fille se lève le quatrième jour et sort le cinquième. Amélioration de l'ensemble des troubles et en particulier des migraines. Les règles se reproduisent le 20 novembre à la sortie du lycée. Elle reste levée ce jour, prend le lit le 22 et le 23 et le 24 est debout. L'appétit est meilleur ; elle gagne 400 grammes de poids, est moins fatiguée, a plus d'ardeur au travail. Elle se trouve améliorée pour l'ensemble des phénomènes.

OBSERVATION II

(Léopold Lévi et H. de Rothschild)

Menstrues retardées et abondantes

Une autre malade rhumatisante, venue nous consulter pour du purpura hémorragique, présentait à la fois depuis l'âge de douze ans, auquel elle a été réglée, des retards pouvant se prolonger de dix à douze jours en moyenne, jusqu'à six semaines au début de son mariage et des pertes abondantes durant jusqu'à huit jours. Elle s'est trouvée améliorée dès le quatrième cachet, et en particulier en ce qui concerne le rhumatisme. Elle ne s'est jamais aussi bien portée depuis sept ans. Le traitement thyroïdien avait été institué le 10 juin 1911. Elle eut ses règles le 27 juin et tout en ayant pris seulement treize cachets de 5 milligrammes, ne perdit que quatre jours au lieu de huit. C'est la première fois, dit-elle, qu'elle perd si peu depuis le début de sa puberté.

Pour ce qui est des dates, elle revoit le 27 juillet, le 28 août. Les cachets lui manquent pendant les vacances, elle ne revoit pas au mois de septembre. Elle n'a à nouveau ses règles que le 8 octobre. Puis, sous l'influence de la médication, le 7 novembre (elles durent trois jours), puis le 8 décembre.

OBSERVATION III

(Léopold Lévi et H. de Rothschild.)

Règles avancées et peu abondantes

Une malade âgée de trente-six ans, atteinte de rhumatisme depuis treize ans. En outre, elle est frileuse, fatiguée, triste, etc. Par contre, elle est atteinte de tremblement, d'angoisses avec un pouls s'élevant par l'émotion jusqu'à 132. Les règles avançaient de huit à dix jours et étaient peu abondantes.

Le traitement utilisé à la dose de 25 milligrammes, puis de 10 centigrammes, a amélioré considérablement le rhumatisme et l'état général. En même temps, les règles sont beaucoup plus régulières; elles se rapprochent de l'époque et de la durée normales.

OBSERVATION IV

(Léopold Lévi et H. de Rothschild.)

Règles irrégulières, peu abondantes et très douloureuses

Il s'agit d'une malade de vingt ans, venue consulter, dans le service du Dr Brocq, pour une pseudo-pelade consé-

cutive à une fièvre typhoïde et qui présente, en outre, des troubles d'instabilité thyroïdienne. Au point de vue menstruel, elle est réglée depuis l'âge de seize ans. Dès les premières règles, elle souffre dans le ventre, au point de se coucher pendant une journée, de se rouler à terre, de pleurer de souffrance. Les menstrues sont toujours irrégulières, surviennent quelquefois deux à trois fois dans le même mois, elle est quelquefois des semaines sans voir. Le sang est très peu abondant, noir. En outre, il existe, depuis l'âge de dix-sept ans, des pertes blanches, épaisses, tachant le linge, le plus souvent avant les règles.

L'examen, pratiqué par M^{lle} Vouaut, montre des seins hypertrophiés, un système pileux peu développé, des grandes lèvres insuffisantes, des petites lèvres normales, un hymen réduit à un filet sur la partie postéro-inférieure droite, assez développé dans tout son pourtour. Le toucher rectal révèle un utérus petit, un peu en antéversion, des ovaires non scléreux, un peu sensibles à la pression.

Sous l'influence du traitement thyroïdien, en mars 1911, les règles deviennent plus régulières, plus abondantes, moins douloureuses. Une suspension du traitement, occasionnée par une tachycardie médicamenteuse avec battements de cœur, est l'occasion de retour des douleurs et d'irrégularité des menstrues. La reprise du traitement améliore de nouveau les fonctions génitales.

OBSERVATION V

M^{me} Collard-Huard.)

Aménorrhée

Claire T..., domestique, dix-sept ans, 1 m. 42.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique interne depuis quelques années dans un asile d'aliénés. Mère alcoolique qui eut cinq enfants dont trois sont morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Marche et dentition tardives, variole, hernie crurale, pleurésie.

Symptômes génitaux. — Claire T... fut réglée à l'âge de douze ans, sans qu'aucune modification de son organisme ait annoncé sa puberté. Les règles sont irrégulières, ne viennent que tous les trois mois, mais très abondamment et durent de dix à quinze jours. Elle souffre de maux de tête au réveil. Elle continue à grandir un peu.

Puis, à seize ans, les seins se développent, les poils naissent dans les aisselles et au pubis : les cheveux poussent davantage et les sourcils se foncent. Le cou grossit un peu.

Puis elle entre dans une période d'aménorrhée qui dure cinq mois. Les premiers rapports sexuels provoquent alors une métrorragie de quelques jours. Les règles reviennent une fois, très abondantes, et cessent de nouveau.

Il y a de cela deux mois. La malade engraisse, sa figure s'élargit et elle se trouve les pommettes si rouges qu'elle se poudre !

Symptômes thyroïdiens. — *Hypothyroïdie.* — Tendance marquée à l'obésité.

Poids actuel 65 kilos. Taille 1 m. 42.

Figure en pleine lune.

Seins énormes, plus adipeux que glanduleux et n'ayant pas le mamelon formé.

Mains toutes petites, ongles qui ne tiennent pas.

Pieds froids. Céphalée au réveil. Constipation.

Très mauvaise dentition. Toutes les dents se sont cariées et cassées entre douze et seize ans. Aucune n'est saine. Il lui manque encore les quatre dernières molaires et les quatre dents de sagesse.

Hyperthyroïdie. — Les mains sont rouges, brûlantes et transpirent toujours.

Hypertrichose intersourcilière, léger duvet sur la lèvre supérieure. Légère exophtalmie. Yeux très éclatants.

Boulimie. Palpitations fréquentes.

Grande émotivité. La malade s'excite en parlant ; elle est parfois d'une volubilité singulière.

Elle paraît avoir une mentalité fruste et être sujette à des crises d'extravagance suivies de dépression.

Le corps thyroïde porte un lobe droit volumineux, mou, et qui semble kystique.

Nous lui faisons prendre de l'extrait thyroïdien à la dose de 0 gr. 025 par jour et 2 cachets d'ovarine à 0 gr. 10.

24 février 1911. — La malade n'a plus le visage gonflé, mais elle est très énervée ; sueurs abondantes, 96 pulsations à la minute.

Nous diminuons les doses de corps thyroïde.

Mars 1911. Les menstruations sont revenues.

L'amélioration est générale.

Nous n'avons pas revu la malade.

Dans l'observation I, nous sommes en présence d'une jeune malade présentant des ménorragies qui deviennent dangereuses pour la vie de la malade par l'anémie qu'elles déterminent et qui, en outre, restent rebelles à tout traitement symptomatique.

L'examen plus approfondi de la malade montre un état particulier de l'organisme qui se traduit par un certain nombre de symptômes, comme la petite taille, avec troubles de la circulation, fatigue facile, chute des cheveux, migraines, dentition tardive, symptômes qui relèvent d'un trouble dans le fonctionnement du corps thyroïde et qui a été désigné par Hertoghe sous le nom d'hypothyroïde chronique bénigne et par Léopold Lévi — la petite insuffisance thyroïdienne et que nous étudierons plus tard. Donc c'est un cas d'hypothyroïdie qui correspond dans la sphère génitale à des symptômes d'hypérovairie, ce qui cadre bien avec la théorie de l'antagonisme thyro-ovarien défendue par certains auteurs.

Le traitement thyroïdien a non seulement arrêté les hémorragies, mais il a relevé aussi l'état général, calmé les migraines, il a, en somme, agi d'une façon substitutive.

Dans les observations II et III, nous sommes en présence de troubles dans la menstruation. Mais ce qui caractérise ces deux cas et qui a été remarqué par Léopold Lévi et Henri de Rothschild auxquels nous empruntons ces observations, c'est la présence de deux sortes de symptômes, différant par leur nature. Chez la première (obs. II), nous voyons

associés des retards dans les menstruations qui relèvent de l'hypoovarie avec des règles très abondantes qui correspondent à l'hypérovarie. La malade de l'observation III présente des règles avancées correspondant à l'hyperovarie et peu abondantes, correspondant à l'hypoovarie. En outre, cette malade présente des symptômes d'hypothyroïdie, comme les troubles de la circulation, tristesse, fatigue, en même temps que des symptômes d'hyperthyroïdie qui sont les tremblements, l'angoisse et un pouls rapide qui s'élève à 132 à la moindre émotion. Donc ces malade présentent un état d'instabilité thyro-ovarienne sur lequel la thyroïdothérapie a exercé une influence régulatrice.

L'observation IV est analogue à celles que nous venons de voir. Ici encore, le traitement thyroïdien rend les règles plus régulières, plus abondantes et agit aussi sur le phénomène douleur qui accompagnait toujours la menstruation et qui disparaît complètement.

L'observation V est encore un exemple de cette instabilité thyro-ovarienne. Ici, le corps thyroïde et l'ovaire semblent entrer en scène alternativement et procéder par à coups. L'opothérapie thyroïdienne associée à l'ovarine, paraissent régulariser le fonctionnement des deux organes.

OBSERVATION VI

(Léopold Lévi et H. de Rothschild.)

Aménorrhée

Une malade de vingt-cinq ans, atteinte depuis douze ans de rhumatisme chronique, a été toujours mal réglée depuis sa puberté établie à quinze ans. Les règles venaient tous les mois pendant deux ans, mais en si faible quantité qu'elle n'était pas obligée de se garnir. A partir de dix-sept ans, elles étaient absentes, par périodes, pouvant se prolonger jusqu'à cinq mois. L'absence de règles, plusieurs mois de suite, fut l'occasion d'érysipèles de la face dont elle subit vingt-deux atteintes. Elle est soumise en octobre 1906 au traitement thyroïdien, qui atténue et fait disparaître les érysipèles. En même temps, depuis juillet 1909, les règles surviennent régulièrement chaque mois.

Pendant une suspension de traitement, d'octobre 1911 à janvier 1912, les menstrues reviennent chaque mois, mais sont aussi réduites que possible. L'examen local pratiqué par M^{lle} Vouaut a montré une raréfaction des poils du pubis, une grande lèvre gauche à peine marquée, de petites lèvres réduites à l'état de moignon, une vulve peu colorée, un hymen blanchâtre, un utérus petit, en rétroversion légère, l'ovaire gauche douloureux, l'ovaire droit un peu dur et scléreux.

OBSERVATION VII

(Léopold Lévi et H. de Rothschild.)

Aménorrhée

Ils'agit d'une dame de trente ans, chez qui les règles survenaient depuis l'époque de la formation quatre ou cinq fois par an seulement. Elle vient consulter pour une calvitie à type masculin et présente le syndrome d'instabilité thyroïdienne. Le traitement thyroïdien appliqué en novembre 1910 transforma la malade. Dès les premiers cachets, les règles apparaissent et depuis ce temps reviennent tous les mois. M^{me} Collard-Huard avait noté à l'examen gynécologique un petit utérus anté et latérofléchi avec un col petit et déchiré; les dimensions de la cavité étaient de 5, cm. 5.

OBSERVATION VIII

(Léopold Lévi et H. de Rothschild.)

Dysménorrhée et aménorrhée

Une malade de trente et une ans, atteinte d'obésité endogène, présentait autrefois des règles variables. Un mois sur deux, elles étaient abondantes et prolongées, l'autre mois elles étaient retardées, courtes, à peine marquées et douloureuses. A trente ans elle devint aménorrhéique, puis, un an après, à la suite d'une pleurésie, elle revit ses règles qui durèrent neuf jours.

L'examen gynécologique (M^{me} Collard-Huard) fait reconnaître un utérus petit, très difficile à mesurer à l'hystéromètre, présentant 4 cm. 5 pour sa cavité, le col en voie d'effacement. Sous l'influence du traitement thyroïdien, qu'il faut suspendre assez fréquemment et qui a une action sur l'ensemble de l'organisme plutôt que sur l'obésité, les règles reviennent plusieurs mois de suite pour disparaître à nouveau après la cessation du traitement pendant les vacances. Elles se reproduisent ultérieurement.

OBSERVATION IX

(Léopold Lévi et H. de Rothschild.)

Aménorrhée

Une femme de vingt-deux ans, atteinte d'urticaire chronique, d'instabilité thyroïdienne avec inégalité de la glande thyroïde et d'aménorrhée. Elle n'avait jamais été d'ailleurs bien menstruée. En général, les règles venaient toutes les six semaines et elle a été atteinte, il y a six ans, d'une suspension des menstrues qui dura dix-huit mois. Lorsque nous la soumîmes au traitement thyroïdien au mois de mai 1906, pour une urticaire ayant débuté au 24 janvier, il y avait quatre mois environ (14 janvier) qu'elle n'avait pas eu ses règles. Après l'absorption de deux cachets de 10 centigrammes de corps thyroïde, les règles revinrent.

OBSERVATION X (Résumée)

(M^{me} Collard-Huard.)

Dysménorrhée et aménorrhée

Il s'agit d'une malade W. M., âgée de vingt-sept ans, qui a franchement l'apparence infantile. Réglée à dix-neuf ans, elle présentait toujours une dysménorrhée. Les règles sont tantôt en avance, tantôt en retard, plus souvent en retard. Parfois même elles manquent pendant deux ou trois mois. Leur durée est de sept à huit jours, mais elles sont peu abondantes.

Deux jours avant les époques ou au moins la veille, elle souffre dans le ventre, et elle a de violentes migraines qui s'accompagnent de vomissements bilieux.

Les premiers rapports ont lieu à vingt-quatre ans ; ils semblent régulariser la date des époques, mais ne modifient pas leur abondance.

Ni enfant, ni fausse couche.

Depuis deux mois la malade n'a pas eu ses règles, et ses migraines sont devenues plus fréquentes.

A l'examen gynécologique on trouve un utérus pubescent, le corps et le col sont petits, de longueur presque égale, et l'orifice vaginal du col est punctiforme.

Elle présente, en outre, des symptômes d'hypothyroïdie, comme la petite taille, 1 m. 45, système pileux rudimentaire, dentition mauvaise, perte des cheveux, fatigue, œdème des paupières et des extrémités, etc., et aussi des symptômes

d'hyperthyroïdie tels que : bouffées de chaleur, vertiges, de la transpiration, irritabilité. Corps thyroïde gros et douloureux.

La circonférence du cou est de 37 centimètres.

Chez cette malade, ce sont donc les symptômes d'insuffisance thyroïdienne qui dominant, et nous lui donnons tous les jours de l'extrait thyroïdien à la dose de 0 gr. 10.

14 janvier 1911. — La malade a pris déjà douze cachets. Ses règles sont revenues le 5 janvier, après le cinquième cachet, et leur durée a été de trois jours.

L'œdème des paupières et des extrémités diminue. Elle n'a eu qu'une seule migraine.

Elle se trouve moins constipée, mais transpire davantage. Nous comptons 96 pulsations à la minute.

Nous diminuons la quantité de corps thyroïdes et ajoutons de l'ovarine à la dose de 0 gr. 10 par jour.

7 février. — Les règles sont venues le 30 janvier.

L'appétit revient. La malade se sent de moins en moins fatiguée.

Pouls 80.

L'hyperplasie thyroïdienne est moins accentuée.

Circonférence du cou : 36 centimètres.

4 mars. — La malade va beaucoup mieux. Elle a eu ses époques le 24 février, n'a pas eu une seule migraine et elle ne se plaint plus d'aucun malaise.

Voici encore quelques malades (observations VI, VII, VIII, IX et X), qui réalisent le même type d'instabilité thyro-ovarien, mais avec prédominance de l'hypo-ovarie et qui présentent surtout des troubles de la menstruation relevant de l'hypo-fonctionnement

de l'ovaire, tels que, règles difficiles, peu abondantes et retardées, suspension pouvant aller jusqu'à la suppression complète des règles. En même temps, on note chez elles, à l'examen gynécologique, une dystrophie génitale sous forme d'insuffisance, d'arriération, d'infantilisme de l'appareil génital, ou de régression utérine précoce, avec atrophie régulière de l'organe.

Même dans ces cas, l'opothérapie thyroïdienne est restée efficace, en relevant le fonctionnement de la glande génitale.

Jusqu'à présent, nous avons vu l'action de l'opothérapie, dans des cas d'antagonisme thyro-ovarien, comme dans l'observation I ou bien dans des cas d'instabilité thyro-ovarienne comme dans les observations II et III, etc.

Nous allons maintenant voir que l'action thérapeutique de la glande thyroïde était efficace aussi dans des cas d'hypo-fonctionnement synergique des deux glandes (obs. XI et XII).

OBSERVATION XI

(Jeandelize.)

Aménorrhée.

« Fille de vingt-sept ans, de la Meurthe-et-Moselle, taille
» 1 m. 25.

» Dentition longue, se faisant encore à vingt ans.

» Marche à deux ans et demi et déjà obèse.

» Apparence myxœdémateuse; face ronde, joues pendantes.

- » On ne perceoit pas le corps thyroïde.
- » Seins à peine développés. Mains petites. Peau sèche.
- » Constipée, mange peu, pouls imperceptible.
- » Puberté à vingt ans. Règles irrégulières, venant deux ou
- » trois fois l'an.
- » Lente, apathique, intégrité de l'intelligence.
- » Les comprimés d'iodothyline la font aller à la selle dès
- » le troisième jour.
- » Après le troisième comprimé, les règles qui avaient cessé
- » depuis un an surviennent et durent cinq à six jours, avec une
- » abondance telle que la mère crut devoir suspendre la
- » médication pendant une semaine.
- » Depuis, les règles reviennent chaque mois avec une
- » abondance normale.
- » La malade est plus vive, mange le double. La figure
- » devient rose, et la peau est moins fripée.
- » Traitement de deux mois et demi. »

OBSERVATION XII

(M^{me} Collard-Huard. Service de M. Siredey.)

Jeune fille de vingt-deux ans, sans antécédents pathologiques connus.

Réglée à treize ans et demi sans dysménorrhée. Dans le courant de l'année 1910, les règles diminuent d'abondance. La jeune fille est conduite au bord de la mer. Elle ne prend pas de bains.

En juin de la même année, les règles s'arrêtent.

Elle est présentée à divers médecins de grande valeur et

B. Chakhine

traitée successivement par les douches, le fer, l'arsenic, le tout sans aucun succès.

Cette jeune fille, vue en novembre 1910 par M. Siredey, a une tendance marquée à l'obésité, surtout depuis la disparition des règles. Apparence arrondie du visage, refroidissement marqué des pieds et des mains avec plaques violacées sur le dos des mains.

M. Siredey la met au traitement thyro-ovarien : 10 centigrammes de thyroïde et 40 centigrammes d'ovarine par jour.

Commencement de décembre. — Après dix jours de traitement, les règles sont apparues et ont duré trois jours.

Fin de décembre. — Les menstrues sont normales. On suspend le traitement.

Fin de janvier. — Menstrues toujours normales.

Fin de février. — Les règles n'ont duré qu'un jour et demi. On reprend le traitement.

L'état général est amélioré, plus de céphalée, plus d'empâtement des tissus, l'amaigrissement est notable.

OBSERVATION XIII

(Léopold Lévi et H. de Rothschild)

Règles prolongées. — Phénomènes douloureux intenses

Une malade de vingt-quatre ans, infirmière du service du Dr Brocq, a des règles extrêmement prolongées et très douloureuses.

Elle a été réglée à quinze ans et éprouvait de petites douleurs chaque mois. A vingt et un ans, elle s'est mariée ; cinq à six mois après son mariage — qui n'a pas été suivi de gros-

sesse — les règles sont devenues extrêmement douloureuses. Elle est souvent obligée de prendre le lit. Les douleurs existent au niveau des reins, dans les côtés et de chaque côté du ventre. En même temps, des migraines surviennent à chaque période menstruelle. On se trouve en présence d'un sujet en état d'instabilité thyroïdienne, avec hypertrichose accentuée, et battements de cœur.

Le traitement consiste en cachets de 25 milligrammes, et il est appliqué alors que la malade perd du sang depuis quinze jours. Dès le deuxième cachet, les règles sont arrêtées. Ultérieurement, reprise des règles le 27 octobre qui cessent le 5 novembre.

La période suivante commence le 28 novembre. Elles ne sont ni douloureuses, ni prolongées, elles durent trois jours. Les règles de janvier se passent sans que la malade s'en aperçoive, ce qui ne lui était jamais arrivé depuis sa formation. Elle n'a pas même de petites douleurs, qui n'étaient jamais absentes depuis la puberté. Elle s'aperçoit en même temps, qu'elle est moins nerveuse en ce moment.

La malade (obs. XIII) présente de la dysménorrhée, dont le symptôme dominant est la douleur, qui est parfois si intense, qu'elle oblige la malade à garder le lit. En même temps, elle présente à chaque menstruation une migraine intense. Au point de vue général, c'est une malade en état d'instabilité thyroïdienne.

Ici, l'opothérapie paraît agir comme sédatrice des phénomènes douloureux.

Déjà Stinson a obtenu de sérieux avantages avec

le corps thyroïde, comme sédatif de l'utérus et des ovaires, dans nombre de syndromes utérins et annexiels, avec troubles de la vaso-motricité et de la sensibilité.

Dans l'observation suivante, numéro 14, nous sommes encore en présence d'une dysménorrhéique chez laquelle les troubles relevant de l'instabilité thyroïdienne sont plus marqués au moment des règles. Ces troubles sont surtout d'ordre nerveux et nous enregistrons encore l'action sédatrice de l'opothérapie thyroïdienne.

OBSERVATION XIV

(M^{me} Collard-Huard).

Dysménorrhée

Décembre 1910. — Germaine A..., habilleuse de poupées, est âgée de dix-neuf ans et mesure 1 m. 67.

Comme antécédents héréditaires, elle a un père alcoolique qui est interné depuis quatorze ans dans un asile d'aliénés.

Les antécédents de la malade sont assez chargés : paralysie infantile à trois ans qui la tient trois mois au lit ; entérite à la suite pendant un an ; chorée de cinq à sept ans.

Symptômes génitaux. — Germaine A... est réglée à quinze ans et demi et d'une façon irrégulière. Les époques ont toujours de huit à dix jours de retard, durent deux ou trois jours avec une interruption d'une journée.

Huit jours avant ses règles, elle est très énervée et très

fatiguée. La veille même, elle souffre de pesanteur dans le ventre, elle est enrhumée, a de grosses amygdales qui gênent sa respiration et elle vomit de la bile à plusieurs reprises.

Pendant les règles, l'énervement augmente, ses yeux sont brillants, saillants, sa patronne le lui fait remarquer ; elle éprouve du tremblement et est d'une maladresse telle, que, depuis quelques mois surtout, elle cesse de travailler pendant cette période et se repose chez elle. Il y a en même temps de la polyurie et de la polydipsie.

Enfin, depuis cinq mois, ses menstrues, déjà insuffisantes, sont encore moins abondantes et leur retard se prolonge davantage.

Examen gynécologique. — Le vagin est très court. L'utérus offre un contraste de développement entre le corps, qui est grêle, petit, droit, *infantile*, et le col, plus développé, plus gros, qui a l'aspect *pubescent*.

La malade présente aussi des symptômes nets d'hypo et d'hyperthyroïdie, comme œdème de la face, sourcils rarétiés à la partie externe, rougeur des mains qui sont toujours glacées, constipation opiniâtre, agitation, pouls rapide, etc.

10 janvier 1911. — Les dix premiers cachets de 0 gr. 025 d'extrait thyroïdien ont amené des résultats frappants. Les règles sont revenues le 22 décembre avec moins de retard que d'habitude, la fatigue du matin est moins accentuée et l'appétit bien meilleur.

21 janvier. — L'aspect de la malade est tout autre. La figure est rosée, les yeux sont plus expressifs. Elle est plus active, plus gaie, n'a plus de cauchemars ni d'insomnies, et sa mère n'est plus obligée de se relever la nuit pour la

réchauffer au moyen de briques chaudes. Les extrémités sont moins froides également dans la journée. Elle est beaucoup moins constipée.

Mais elle a éprouvé ces derniers jours des battements des paupières, des maux de tête, alors qu'elle n'en avait jamais eu et du tremblement assez marqué. Elle se plaint de fortes pertes blanches.

Le pouls oscille entre 98 et 102.

Nous diminuons les doses de corps thyroïde : un cachet de 0 gr. 025 tous les trois jours et nous y associons l'ovarine : 0 gr. 10 tous les jours.

11 février. — Les règles sont arrivées le 30 janvier, sans aucune douleur, avec très peu d'énervement, et elles ont duré deux jours, avec un peu plus d'abondance que de coutume. La jeune fille n'a pas été arrêtée dans ses occupations. Elle a très bonne mine ; l'appétit est excellent et elle va tous les jours à la selle sans laxatif.

« Cela ne lui coûte plus de se lever le matin. » Les nuits sont bonnes, elle est « réchauffée ».

Mais les paupières sont encore gonflées, les cheveux tombent toujours et les mains sont aussi rouges et aussi glacées.

La patronne la trouve plus adroite. Sa mère dit qu'elle a moins mauvais caractère !

Nous continuons, aux mêmes doses, le traitement thyro-ovarien.

11 mars. — Règles le 1^{er} mars ; elles ont duré quatre jours, sans interruption. La malade n'éprouve plus tous les symptômes d'hypothyroïdie qui s'accusaient au moment des menstrues : mal de gorge, coryza, frissons, ni les réactions hyperthyroïdiennes qui avaient lieu pendant.

Elle n'est plus constipée.

Son corps thyroïde est bien perceptible.

L'appareil génital n'est pas modifié.

Nous la laissons à de légères doses d'ovarine.

Nous allons encore citer une observation du Dr Consiglio, d'une dysménorrhéique favorablement influencée par le traitement thyroïdien.

Cette femme voyait survenir une migraine ophtalmique intense à l'occasion de chaque période menstruelle depuis leur première apparition.

Cette observation est encore intéressante par l'action régulatrice définitive de l'opothérapie thyroïdienne, car la malade, venue trois ans après la cessation du traitement, étant bien réglée ne présentait plus avec la même régularité et intensité des phénomènes migraineux.

D'ailleurs, pour Hertoghe et Léopold Lévi la migraine peut être thyroïdienne et ils citent plusieurs cas améliorés par le traitement thyroïdien.

OBSERVATION XV (Résumée)

(Consiglio.)

Migraine ophtalmique et dysménorrhée.

Femme de quarante ans, atteinte de migraine ophtalmique. Les crises de migraine ont commencé en même temps que les règles, et depuis ce moment ces deux phénomènes ont suivi pendant vingt-cinq ans consécutifs une marche absolument parallèle.

La crise précédait constamment de deux à quatre jours le premier afflux de sang et faisait toujours défaut dans la période intermenstruelle.

Les crises manquèrent complètement au cours d'une grossesse et durant les premiers mois de l'allaitement.

A la suite d'un avortement, à l'âge de trente-six ans, la malade fut prise de dysménorrhée. Les règles revenaient tous les quinze à vingt jours, parfois même tous les dix jours.

Les crises migraineuses se faisaient alors plus fréquentes, irrégulières et apériodiques.

L'auteur soumit sa malade à la thérapeutique thyroïdienne (2 ou 3 tablettes par jour de Borronghswilcome). Au bout de deux mois, il obtint la régularisation et la périodicité normale de la menstruation et en outre la disparition complète des crises migraineuses. Il régla alors le traitement, mais dès qu'on diminuait ou suspendait l'administration de la thyroïdine les signes prémonitoires se manifestaient à nouveau quitte à céder à la reprise de la médication. Trois ans se sont écoulés depuis le début de la cure. Bien que la malade ait suspendu le traitement au bout de quelques mois, la fonction utéro-ovarienne est régularisée.

Elle ne s'accompagne plus de troubles migraineux bien accusés. Les crises ne sont plus constantes tous les mois et se manifestent plutôt sous forme d'équivalents beaucoup moins intenses qu'auparavant.

OBSERVATION XVI

(Léopold Lévi et H. de Rothschild.)

Leucorrhée

Une malade de vingt-quatre ans est devenue obèse à la suite d'une grossesse, suivie de phlébite des deux jambes (il y a cinq ans), qui l'a maintenue seize mois au lit pendant lesquels elle a pris chaque jour 5 litres au moins de très bon lait. Elle est migraineuse, nerveuse, constipée, a un pouls à 96, de l'exoptalmie légère, des mouvements nystagmiformes. Le fait que nous désirons mettre en relief, c'est que, depuis l'enfance, elle était atteinte de pertes blanches. A diverses reprises elle fut conduite, pour ce trouble, chez le médecin... Signalons incidemment que, réglée à treize ans, elle l'était très irrégulièrement et restait parfois cinq à six semaines sans voir.

Depuis 1907, à la suite de sa deuxième grossesse, ses époques se sont régularisées, elle voit pendant quatre jours et perd beaucoup. Sous l'influence du traitement thyroïdien, commencé au mois d'avril, son état s'améliore progressivement, au point qu'elle déclare à la fin de juin ne s'être jamais si bien portée. Elle accuse une véritable résurrection. Mais un des phénomènes dont la disparition l'a le plus surprise, c'est la cessation des pertes blanches, surtout masquées chez elle avant et après les règles. D'ailleurs, elle a été menstruée le 28 juin, 29 juillet, le 29 août, elle n'a éprouvé ni douleurs aux reins, ni migraine.

Cette malade (obs. XVI), qui est une dysménorrhéique, présente encore et surtout une leucorrhée abondante et tenace qui dure depuis l'enfance.

Ce symptôme est chez elle tellement gênant qu'il l'oblige plusieurs fois à consulter son médecin. L'opothérapie dans ce cas a donné des résultats frappants.

Non seulement l'état général a paru vite amélioré et les époques vite régularisées, mais la leucorrhée disparaît presque immédiatement, dès le début du traitement. Notons aussi la sédation des phénomènes douloureux. Il y des cas de leucorrhées, qui ne sont qu'un trouble sécrétoire lié au tempérament. Ce sont les leucorrhées neuro-arthritiques du Dr Richelot. M. Mascarel (du Mont-Dore) a défendu récemment l'origine arthritique et fluxionnaire des pertes blanches.

Il note l'alternance chez le même sujet de leucorrhée, de bronchite, d'asthme, de catarrhe nasal, etc. Cette leucorrhée qui se rattache parfois (L. Lévi) au mauvais fonctionnement de la thyroïde est susceptible de se transformer par la thyroïdothérapie. M. Dalché avait déjà admis une leucorrhée ayant une origine polyglandulaire.

CHAPITRE III

MÉTRORRAGIE

OBSERVATION XVII

(Hertoghe)

Métrorragie à la suite d'un accouchement

Voici une femme jeune de vingt-quatre ans.

Après ses dernières couches remontant à quatre mois, elle a continué à perdre du sang, vainement a-t-elle été tamponnée et curettée plusieurs fois.

L'absence de sourcils est frappant, la lésion en lisière de la chevelure frontale est masquée par un postiche volumineux.

Je pensais de suite à une insuffisance thyroïdienne. Cette femme souffrait beaucoup de la tête, migraines, céphalées occipitales. Elle se plaint d'avoir toujours froid. Elle accuse aussi du tympanisme abdominal. Les règles ont toujours été trop fortes.

Je lui administrai quelques doses de thyroïdine et l'hémorragie s'arrêta au bout d'une quinzaine de jours.

OBSERVATION XVIII

(P. Dalché)

Métrorragie et obésité

Une femme B. M..., âgée de vingt-huit ans, entre le 8 novembre dernier, salle Sainte-Marie, à l'Hôtel-Dieu.

Elle a été réglée pour la première fois à treize ans. Jusqu'au mariage, le sang est venu d'une manière normale et périodique, coulant pendant trois ou quatre jours, ne provoquant pas de douleur. Cette malade ne présentait alors aucune tendance à l'obésité, mais a été soignée plusieurs fois pour la chloro-anémie.

Elle a trois enfants, les nourrit chacun pendant très longtemps, et à partir de la naissance du dernier, il y a six ans, elle commence à grossir au point que son poids a augmenté de 31 kilos.

Les règles n'étaient pas abondantes, mais, il y a dix-sept mois, elles se suspendent; cette aménorrhée dure trois mois, puis lorsque le sang reparait, le flux ne cesse plus, si bien que depuis quatorze mois une perte coule sans s'arrêter. Cette métrorragie continue, varie d'abondance avec les jours et les semaines, amenant quelques caillots sans souffrance, mais les règles ne peuvent plus être reconnues.

Examen. — Aujourd'hui la matrice est normale, celle d'une femme qui a eu trois enfants. Elle ne présente pas de leucorrhée, ni une endométrite qu'on puisse accuser dans les hémorragies; je constate la légère sclérose cicatricielle

du col qui accompagne trois accouchements, toutefois il existe un certain prurit vulvaire.

L'obésité a commencé par le ventre, les hanches et les cuisses. La malade est énorme, son ventre tombe en prolapsus adipeux, le seins ont acquis un volume des plus considérables, la saillie des clavicules reste effacée. La face est élargie, mais n'offre pas les caractères du myxœdème, les sourcils sont conservés, les dents bien plantées. Depuis le début des accidents une acné rosée s'est installée sur le nez. Quand la malade se tient debout, les membres inférieurs prennent une apparence violacée; elle n'accuse pas de friilosité. Le corps thyroïde est petit. Pas de sucre ni d'albumine dans les urines, rien au cœur ni aux poumons.

Mais le pouls est à 90, 96, jusqu'à 104.

La patiente se plaint de céphalées, elle perd les cheveux, je constate qu'elle présente un léger tremblement des mains et elle me dit spontanément que depuis le commencement de sa maladie, elle a des craintes, des angoisses et des phobies.

Traitement. — Jusqu'à aujourd'hui elle a subi sans résultats appréciables divers traitements, dont un notamment fort judicieux, où l'extrait mammaire était combiné avec un régime végétarien.

Je lui prescrivis 10 centigrammes de poudre de thyroïde par jour, deux paquets de 5 grammes de gélatine, du jus de citron et des irrigations vaginales froides. Entre temps une période de régime lacté intégral.

Au bout de plusieurs jours, les pertes se sont arrêtées. Cependant je m'empresse de reconnaître que c'est une malade à suivre et que l'amélioration n'est peut-être que momentanée.

Le malade de l'observation XVII présentait une métrorragie que rien n'expliquait. Mais à un examen plus profond le Dr Hertoghe a pu relever une foule de symptômes de l'hypothyroïdie chronique bénigne, tels que l'absence des sourcils, lésion en lisière de la chevelure frontale, céphalée occipitale, troubles circulatoires, etc. Se basant sur la présence de ces signes, Hertoghe a administré à cette malade quelques doses de thyroïdine et l'hémorragie s'est arrêtée.

La malade de l'observation XVIII nous frappe par la coexistence de l'obésité et de la métrorragie, qui est une coïncidence plutôt rare. C'est une malade qui nous paraît dans un état d'instabilité thyro-ovarienne. Elle présente en effet, en même temps, des symptômes d'hypo-ovarie comme, règles peu abondantes allant jusqu'à l'aménorrhée et plus tard des symptômes d'hyperovarie comme la métrorragie. D'autre part, elle présente des symptômes d'hypothyroïdie, perte des cheveux, corps thyroïde petit, etc., et des signes d'hyperthyroïdie tels que éréthisme cardiaque, angoisses, tremblements, etc.

L'opothérapie thyroïdienne dans ce cas paraît agir comme régularisatrice des fonctions thyro-ovariennes.

En somme, dans ces deux cas, l'opothérapie thyroïdienne agit soit comme substitutive de la fonction thyroïdienne insuffisante, soit comme régulatrice d'une instabilité de cette fonction.

Hertoghe insiste sur l'action inhibitrice qu'exerce le corps thyroïde sur la menstruation. Les troubles

hémorragiques de l'utérus, dit-il, obéissent merveilleusement à l'action de la thyroïdine. La matrice diminue de volume et de sensibilité. Cette action, pour lui, sera même efficace, dans le cas de fibrome ou de cancer utérin.

L'amélioration se constate surtout à la diminution des phénomènes de compression. C'est en quelque sorte un traitement symptomatique contre le phénomène congestion et hémorragie.

D'autres auteurs ont employé cette propriété symptomatique de l'opothérapie thyroïdienne.

Blondel soutient que l'antagonisme du corps thyroïde et de l'appareil génital est démontré par des faits nombreux et il cite à l'appui de cette opinion des métrorragies ou simplement des ménorragies améliorées sous l'influence du traitement thyroïdien.

Bandler pense que la sécrétion thyroïdienne, à l'inverse de la sécrétion ovarienne, exerce sur les organes génitaux une action anémiante.

Parrhon, en se basant sur les faits expérimentaux d'Hoffmeister et d'autres et sur l'efficacité de l'opothérapie thyroïdienne, conclut à l'existence d'une action inhibitrice exercée par la glande thyroïde sur le fonctionnement et sur l'état anatomique des ovaires.

De même, Gabriel Gauthier conclut que le corps thyroïde a une action inhibitrice, anémiante et vasoconstrictive sur les organes génitaux, action qui se traduit par la diminution progressive du sang épan-

ché pendant la menstruation. Jouin a traité les métrorragies par l'opothérapie thyroïdienne. Ses tentatives ont été suivies de succès dans les métrorragies des fibromes et dans les fibromes eux-mêmes.

CHAPITRE IV

DÉVIATION UTÉRINE

CONGESTION CHRONIQUE DES ANNEXES

OBSERVATION XIX

(Hertoghe)

*Rétroflexion. — Congestion chronique
des annexes.)*

M^{lle} F..., quarante-neuf ans, n'a été réglée que fort tard, vers sa dix-huitième année. Elle se présente chez moi parce que son ventre grossit à certains moments, particulièrement lors de la digestion.

Elle ressent depuis quelque temps, [dix à douze mois, des douleurs dans le bas-ventre.

La menstruation dure encore mais n'est nullement exagérée, ni pénible. La constipation est opiniâtre. Elle n'a pas de douleurs du foie. Après lui avoir fait prendre quelques purgatifs pour faciliter l'examen du ventre, je constate que le cul-de-sac de Douglas est rempli par le corps rétro-fléchi de l'utérus. L'utérus est gros, sensible, et difficile à soulever ; de grosses masses solides garnissent les culs-de-sac latéraux.

La cavité pelvienne semble comme bourrée par tous ces organes distendus et congestionnés.

Je commence le traitement à la dose d'une demi-pastille par jour, le 15 septembre 1898.

Le 25 septembre suivant la tuméfaction des organes intra-pelviens a beaucoup diminué.

La dose est élevée à une pastille et demie.

28 octobre. — Le ventre ne fait plus souffrir la malade. Plus de maux de tête ni de dos; le pelvis est pour ainsi dire complètement dégagé. La sensibilité de l'utérus et des ovaires a énormément diminué et l'on peut mobiliser et délimiter nettement les ovaires dans les culs-de-sac latéraux.

9 décembre. — M^{me} F..., se sent si bien qu'elle se déclare guérie. Par précaution cependant, elle continue à prendre son remède.

OBSERVATION XX

(E. Hertoghe)

Ménorragies. — Rétroflexion utérine

M^{me} D..., trente-cinq ans, depuis dix ans, n'a eu que deux enfants. Ces enfants sont manifestement en retard de croissance, présentent un système dentaire déplorable et se sont notablement relevés en taille et en force par l'usage de la thyroïdine. C'est après avoir constaté l'heureuse influence de ce médicament que M^{me} D... s'est décidée à me consulter pour elle-même.

Dès avant son mariage, elle souffrait du ventre. Cet état pénible n'a fait que s'accroître par la suite. Les règles sont très abondantes et reviennent tous les quinze jours. Elles sont précédées de vives douleurs dans le dos et dans la

région sacrée. La malade souffre beaucoup de la tête et est obligée de s'aliter à l'approche des règles. Elle a eu la jaunisse, il y a deux ans. Les gencives sont rouges et saignent très facilement. Les dents sont dans un état déplorable. Malgré son âge, elle grisonne fortement et perd beaucoup de cheveux. Elle est extrêmement frileuse et a toujours les pieds froids. Elle ressent de vives douleurs dans la région ovarienne droite. L'examen local démontre une rétroflexion utérine fort douloureuse. Les ovaires sont très sensibles. L'utérus est gros, très sensible à la pression.

Le traitement commence le 11 juin 1898, à la dose d'une demi-pastille par jour.

Progressivement, sous l'empire de ce traitement, les douleurs du dos, du ventre et les irradiations, douloureuses dans les cuisses, diminuent. Le 13 août 1898, la malade n'a plus mal ni à la tête, ni dans le dos, ni dans le ventre ; les règles viennent à leur temps, ne déterminent aucun phénomène douloureux. Le 17 janvier dernier, je vois la patiente pour la dernière fois. Elle se déclare complètement guérie. La constipation a cédé complètement. Elle vit d'une vie toute nouvelle et inconnue pour elle.

La sensibilité ovarienne a complètement disparu, et au toucher l'utérus indolore a repris sa position normale.

L'opothérapie thyroïdienne a été essayée avec succès dans quelques cas de rétroflexion utérine, de congestion chronique des annexes et sclérose ovarienne.

Nous citons plus haut 2 observations rapportées par Hertoghe (obs. XIX et XX).

Dans la première, il s'agit d'une femme qui vient consulter pour des douleurs dans le bas-ventre. Au point de vue gynécologique, cette malade présente une congestion chronique fort intense des annexes avec une rétroflexion utérine. Dans la deuxième, il s'agit d'une femme qui vient consulter pour des troubles de la menstruation qui se traduisent par des règles abondantes anormalement fréquentes et douloureuses.

Au point de vue gynécologique, elle présente une rétroflexion utérine avec congestion de l'appareil utéro-annexiel, l'utérus et les annexes étant augmentés de volume et très sensibles à la pression.

En même temps, chez ces malades, on constate des signes de l'insuffisance thyroïdienne qui se traduisent par : retard de la puberté, céphalalgie, dentition mauvaise, grisonnement précoce, chute des cheveux, frilosité, troubles de la circulation. Ce qui est intéressant encore chez la seconde malade, c'est l'influence de l'hypothyroïdie au point de vue héréditaire car ces deux enfants sont en retard de croissance et présentent un système dentaire déplorable, cet état particulier s'étant amélioré par l'opothérapie thyroïdienne.

Dans les deux cas le médicament a agi non seulement sur les symptômes fonctionnels, mais aussi par l'examen gynécologique on a pu constater une régression presque aussi complète des phénomènes congestifs et un redressement de la rétrodéviation utérine.

L'opothérapie thyroïdienne agit aussi sur la rétro-

flexion infantile des vierges, assez commune, et qui est due pour Hertoghe à un manque de développement de la paroi postérieure de l'utérus, d'origine dysthyroïdienne.

Dans ces cas, cet auteur reconnaît que la thyroïdine, au bout d'un temps très court, fortifie la paroi postérieure de la matrice, la redresse d'une manière rapide, le sang menstruel s'en dégage plus facilement. Dans la sclérose utéro-ovarienne, Faure et Siredey préconisent aussi bien dans certains cas le traitement thyro-ovarien.

CHAPITRE V

TROUBLES DE LA MÉNOPAUSE ET MÉNOPAUSE PRÉCOCE

Sans doute, la ménopause se passe sans accidents d'aucune sorte chez la moitié des femmes mais, par contre, on observe chez plusieurs autres des symptômes plus ou moins graves, plus ou moins inquiétants, qui constituent la pathologie de l'âge critique. Parmi ceux-là, on doit compter les troubles qui surviennent chez les malades atteintes des lésions du corps thyroïde. A ce moment on rencontre la fonction de l'ovaire remplacée par celle d'un autre organe, par la fonction thyroïdienne plus spécialement, et en raison de l'antagonisme qu'oppose l'ovaire à la fonction de cette glande, on voit souvent à ce moment une hypertrophie thyroïdienne plus ou moins accusée. Ainsi, en raison des rapports qui existent entre la glande thyroïde et l'appareil génital, l'influence de l'âge de retour dans ces accidents dystrophiques paraît certaine.

Il faut encore se souvenir qu'à ce moment la sensibilité de la femme est exaltée, tandis que sa résistance est amoindrie. Aussi observe-t-on, souvent des

symptômes qu'on rapporte généralement à l'hystérie, à la neurasthénie et encore aux névroses réflexes, mais qui ne sont en réalité que des formes atténuées et bénignes du thyroïdisme.

Bandler a insisté sur la fréquence de certains troubles, comme la tachycardie, les palpitations, l'irritabilité nerveuse, la céphalée, les vertiges, l'insomnie, le tremblement, etc.

Il semble donc que le cadre du thyroïdisme peut être étendu et que les formes bénignes peuvent être rapportées à ces faits que l'ablation ou la régression des ovaires laisse le corps thyroïde sans antagoniste.

Le thyroïdisme ne se manifeste pas toujours par ces symptômes ordinaires comme la palpitation, l'exophtalmie et l'hypertrophie de la glande, on rencontre aussi de l'agitation, du changement de caractère, le regard fixe, l'insomnie et surtout la tachycardie qui, avec le tremblement vibratoire, constitue le symptôme majeur. Chez les malades, le moindre souci, la plus légère contrariété sont un sujet de crainte, de colère et quelquefois d'angoisse. Les troubles psychiques se traduisent tantôt par l'excitation, tantôt par la dépression, ils peuvent aboutir parfois à de véritables vésanies. La diarrhée est fréquente ainsi que la maigreur.

En ce qui concerne les indications de l'opothérapie thyroïdienne dans les troubles de la ménopause, la plupart des auteurs arrivent aux conclusions suivantes : ces indications sont assez limitées et souvent la thyroïdothérapie ne donnera qu'une améliora-

tion légère et passagère, tandis que la malade pourra être guérie par le traitement ovarien. Dans tous les cas il faudra s'abstenir de l'opothérapie thyroïdienne à des doses élevées, comme l'a bien montré Vinay.

Certains cas de métrorragies répétées au moment de la ménopause qui ne relève pas de causes appréciables seront favorablement influencées par l'extrait thyroïdien. « Dans les métrorragies de la ménopause, surtout quand elle ne sont pas liées à une métrite hémorragique, des succès remarquables ont été obtenus » (Gabriel Gauthier).

On observera aussi des effets favorables de cette médication chez des femmes goitreuses surtout, atteintes de troubles divers, tachycardies, bouffées de chaleur, etc., survenus à l'époque de la ménopause.

Ici encore, Castaigne et Parisot conseillent l'opothérapie associée thyro-ovarienne. « On prescrira l'extrait d'ovaire ou de corps jaune, soit pur, soit associé à de petites doses d'extrait thyroïdien ou d'extrait hypophysaire (Rénon) suivant qu'il existera de la faiblesse avec tendance à l'obésité ou de l'hypertension (Faure et Siredey).

On peut encore pratiquer l'opothérapie thyroïdienne, comme l'indiquent les recherches de Lévi et Rothschild, en cas de nervosisme occasionné par la ménopause. Nous rapportons ici le résumé de l'observation publiée par ces deux auteurs.

OBSERVATION XXI

(Léopold Lévi)

Nervosisme

Une femme de cinquante-trois ans, devenue veuve à trente-deux ans, s'est sentie devenir nerveuse, vers quarante ans, à la suite de surmenage. Depuis une dizaine d'années, elle a été prise de battements de cœur. Elle éprouve, coup sur coup, depuis neuf ans, de vifs chagrins, du fait de la mort d'une fille, de deux gendres et d'un fils de vingt ans, atteint depuis trois années de tuberculose pulmonaire, qu'elle a soigné au prix d'un nouveau surmenage. Survient la ménopause à cinquante-deux ans.

Quelques mois après, elle est atteinte de crises douloureuses, se reproduisant toutes les deux ou trois nuits en moyenne. Le cœur se mettait à battre violemment. En même temps, elle était prise d'angoisse, de peur de mourir, se sentait serrée, comme dans un étau, avait de la peine à respirer, des transpirations profuses, des frissons, un tremblement général, de fréquents besoins d'uriner. Ce qui dominait dans ce tableau, c'était la crainte continuelle de mourir. Or, ces crises, après avoir duré deux ans et demi ont disparu à la suite d'un traitement thyroïdien à faible dose.

Simultanément et progressivement, le névrosisme, les battements de cœur se sont atténués.

La ménopause peut s'installer anormalement de fort bonne heure, c'est ce que l'on appelle la ménopause précoce.

Ce phénomène a été expliqué différemment par divers auteurs. Nous empruntons deux observations des plus frappantes (n^{os} 22 et 23) dans la thèse de M^{me} Collard-Huard. Se basant sur les multiples observations de ménopause précoce qu'elle a rassemblées et sur la présence des symptômes d'hypothyroïdie qu'elle a toujours relevée chez ces malades, M^{me} Collard Huard arrive à la conclusion suivante :

« Il nous est permis de penser que si l'hypothyroïdie n'a pas encore été invoquée au sujet de la ménopause précoce, c'est parce que ses signes, qui demandent à être soigneusement recherchés, ne sont pas encore suffisamment connus.

» Nous croyons donc pouvoir admettre que *l'insuffisance thyroïdienne est avec l'insuffisance ovulaire l'un des principaux facteurs de la ménopause précoce*, soit qu'elle agisse primitivement comme chez notre nullipare, soit que, secondaire, elle succède à la grossesse ».

OBSERVATION XXII

(M^{me} Collard-Huard)

Insuffisance ovarienne. — Deux grossesses. — Hyperinvolution. — Instabilité thyroïdienne depuis la dernière grossesse.

Il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans qui est la neuvième et dernière enfant de la famille.

Sa dentition se fit tardivement ; les quatre dernières

molaires ont poussé à dix-neuf ans ; et elle n'a pas encore ses dents de sagesse. Du reste, sur 22 dents qui lui restent, il n'y en a que 8 qui sont saines ; les autres sont tombées ou se sont cariées entre douze et seize ans.

Elle eut les oreillons à l'âge de neuf ans.

Puberté à seize ans et demi. Les règles ne viennent que deux ou trois fois dans l'année, elles durent trois jours. A dix-sept ans et demi, aménorrhée d'un an. A dix-neuf ans, notre malade se marie. A vingt ans, première grossesse. L'accouchement est normal. L'allaitement est prolongé pendant seize mois. Après le sevrage, les menstrues reparaissent, puis se suspendent de nouveau. La jeune femme se croit enceinte. Elle le devient effectivement, mais *quatre mois* plus tard et *sans que les règles aient reparu*.

Elle fut très fatiguée tout le temps de sa grossesse et souffrit d'insomnies. Vers le cinquième mois, des métorragies font craindre une fausse couche.

Le second accouchement a lieu en février 1910. Elle allaite pendant trois mois seulement.

Les époques menstruelles ne reparaissent que dix mois après l'accouchement, c'est-à-dire en décembre 1910.

Leur abondance étonne la malade.

Depuis, aménorrhée absolue.

En mars, à l'examen gynécologique, on trouve un *utérus atrophie, petit et dur* dont la cavité mesure *6 centimètres*.

Le col est normal. Léger reliquat d'annexite à gauche.

Depuis ses grossesses, et surtout depuis la seconde, la malade présente divers troubles thyroïdiens : fatigue au réveil ; elle « ne peut se lever ». Ongles qui cassent. Cheveux et sourcils qui tombent, anorexie, troubles dyspeptiques,

frilosité, pieds et mains toujours froids, asthénie physique et psychique, irritabilité croissante, idées noires, phobies. ennui profond, bourdonnements d'oreille, tête lourde, douleur en casque, vertiges qui l'attirent en avant, battements des paupières, congestions du visage par crises de quelques minutes.

Pouls 112.

Le corps thyroïde est inégalement développé. Le lobe droit est gros et sensible à la palpation. Le gauche n'est pas perceptible et l'on peut suivre les anneaux de la trachée.

Depuis son premier accouchement, la malade ne peut supporter les cols montants.

Nous lui donnons 40 centigrammes d'ovarine par jour et 10 centigrammes de thhyroïdine par semaine.

8 avril 1911. — La malade se trouve mieux ; elle est beaucoup moins triste et moins facilement énervée.

Elle a toujours des bouffées de chaleur, mais moins de vertiges. L'appétit est bon. Pas de règles. On fait un nouvel examen gynécologique.

La cavité utérine mesure 6 centimètres 1/2, c'est-à-dire 1 1/2 centimètre de plus qu'au mois de mars.

29 avril. — Nous revoyons la malade qui se sent guérie de tous ses maux, et vient nous annoncer que ses règles ont réapparu le 17 avril sans douleur aucune. Elles ont duré six jours, et ont été abondantes.

L'état psychique de la malade est très amélioré ; elle est gaie, active et courageuse. Du reste, elle ne souffre plus, n'a plus ni maux de tête, ni insomnies.

L'examen gynécologique montre un utérus modifié, souple et d'une cavité de 7 centimètres.

OBSERVATION XXIII

(M^{me} Collard-Huard.)

Ménopause précoce chez une primipare de trente ans.

Troubles thyroïdiens concomitants

Charlotte R..., ménagère, âgée de trente ans, vient consulter au mois de décembre 1910 parce qu'il y a trois mois qu'elle n'est plus réglée. Sa mère, toute petite personne de cinquante ans, eut toute sa vie des migraines, elle ne se porte bien que pendant ses époques menstruelles.

Symptômes génitaux. — Charlotte R... fut réglée à treize ans, retard régulier de quatre à cinq jours, durée de deux jours. Dysménorrhée le premier jour des règles; migraine et vomissements bilieux.

Elle se marie à vingt et un ans. Grossesse à vingt-deux ans. Menace de fausse couche au quatrième mois, forte hémorragie. Accouchement normal; l'enfant n'a que quatre doigts à chaque main.

Nous ne relevons aucun indice de syphilis. Elle allaite pendant un mois, puis son lait diminue et elle est obligée de cesser l'allaitement au sein. A la suite de cette grossesse, elle demeure très fatiguée et souffre plus fréquemment de migraines.

A l'âge de vingt-six ans, elle fait une fausse couche de trois mois et demi. C'est à partir de cette date que les règles retardent de plus en plus. Dans le courant de 1910, la quantité de sang menstruel est tellement minime que la malade s'en inquiète.

22 octobre 1910. — Elle entre dans une période d'amé-

norrrhée. Nous la voyons en décembre et son air accablé nous frappe.

Examen gynécologique. — On trouve un utérus petit et dur, le col est dur, déchiré, et sa lèvre supérieure est ectropiée.

Symptômes thyroïdiens. — Les mains et les chevilles sont gonflées, ses chaussures la gênent le matin surtout. Ce gonflement dure parfois de cinq à huit jours. Fatigue matinale et céphalée qui ne se dissipent que dans la matinée. Migraines fréquentes. Anorexie.

Fourmillements dans les doigts pendant la nuit. Au moment des règles, la langue s'œdématie, la malade trouve difficilement ses mots.

Oppression. Cauchemars. Bouffées de chaleur et étourdissements.

Le corps thyroïde est petit et dur ; il semble sclérosé.

On met la malade au traitement associé ; 2 cachets de 10 centigrammes d'ovarine par jour, 1 cachet de thyroïdine tous les deux jours.

Mars 1911. — La malade se trouve très améliorée. Elle n'a pas eu de migraines depuis deux mois. L'appétit et le sommeil sont bons.

Mais les menstrues ne sont pas revenues. On constate dans un nouvel examen gynécologique que le col utérin est en régression accentuée.

Pour nous, ces deux observations sont intéressantes surtout par la régression des troubles de la ménopause précoce, qui a été obtenue par un traitement thyroovarien intense.

CHAPITRE VI

RETARD DE LA PUBERTÉ. — FAUSSES COUCHES RÉPÉTÉES. — STÉRILITÉ

Nombreux sont les troubles génitaux qui se rencontrent au cours de l'insuffisance thyroïdienne. Le développement des organes génitaux de la femme est subordonné à l'ortho-thyroïdie. Otto Lanz a montré, comme nous l'avons déjà vu plus haut, que la thyroïdectomie précoce chez la femme empêche l'apparition des caractères sexuels secondaires, de l'instinct sexuel et de la menstruation.

Dans le cas de puberté retardé, l'extrait thyroïdien a une efficacité mise en évidence par de multiples observations. Chez les jeunes filles, avec hypo-thyroïdie bénigne, ayant dépassé l'âge de la puberté sans être menstruées, et dès les premiers cachets, Léopold Lévi a pu observer l'apparition de l'écoulement mensuel. Les infantiles maigres sont justiciables de ce traitement. Poncet et Rivière ont obtenu des résultats positifs dans quelques cas d'impuissance génésique, Hertoghe et Léopold Lévi ont vu sous l'influence du traitement thyroïdien, qui favorise le fonctionnement utéro-ovarien, une gros-

sesse survenir chez des femmes stériles depuis de longues années. Comme par une sorte de réaction inverse et excessive de l'ovaire, l'insuffisance thyroïdienne peut s'accompagner de puberté précoce comme dans le cas de Kendle, concernant une cretine de neuf ans avec puberté précoce complète (règles à l'âge de cinq ans et deux mois, caractères sexuels secondaires).

Le traitement a pu faire rétrocéder la puberté et le développement physique et psychique s'est amélioré.

Hertoghe insiste aussi sur la possibilité de remédier aux cas si désespérants des fausses couches, sans causes appréciables, chez des femmes dysthyroïdiennes.

Bien souvent l'usage de la thyroïdine permettra d'arriver à terme, alors que tous les autres moyens rationnels auront échoué.

Pour faciliter l'explication de ce fait, nous rapportons une conclusion du professeur Armand Gauthier sur l'influence de la sécrétion thyroïdienne sur le développement du fœtus. Il a constaté que la prothéïde arsenicale n'existe nulle part ailleurs que dans le corps thyroïde et les organes atteints par la cachexie strumiprive (thymus, cerveau, peau, glandes pituitaire), lesquels sont aussi les plus riches en iode. Armand Gauthier fut amené à rechercher la présence de ces deux substances dans le sang menstruel. Il découvrit que le liquide contient en effet de l'iode et de l'arsenic. Il en conclut que les prothéïdes thyroïdiens iodées et arsenicales qui activent

la vie générale et la reproduction de tissus se détournent périodiquement vers les organes génitaux femelles qui les utilisent pour le développement du fœtus, s'il y a eu fécondation, ou qui les rejettent au dehors dans le cas contraire.

Voici quelques observations :

OBSERVATION XXIV

(M^{me} Collard-Huard.)

Voici encore le cas d'une jeune fillette de quatorze ans, intelligente, bien développée, chez laquelle, malgré des signes prémonitoires qui duraient depuis un an : coliques utérines, leucorrhée, la menstruation ne s'établissait pas.

La jeune fille grossissait devenait apathique et irritable à la fois. Elle était pâle sans être anémique, souffrait de violentes congestions du visage après le repas. Les mains bleues, gonflées, étaient souvent couvertes d'engelures.

Aucune médication ne pouvait réussir : on avait essayé de tout.

En un mois l'extrait thyroïdien détermina l'achèvement de la puberté et fit disparaître les symptômes concomitants.

OBLERVATION XXV

(M^{me} Collard-Huard.)

Insuffisance ovarienne. — Puberté tardive

Aménorrhée. — Grossesse actuelle.

Juillet 1910. — Jeanne O..., ménagère, âgée de vingt-deux ans, mesure, 1 m. 47.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort alcoolique, la mère a eu onze enfants dont sept sont morts en bas âge, et elle-même mourut au retour d'âge.

Antécédents personnels. — Notre malade est la neuvième enfant sur les onze. A dix ans, elle a eu les oreillons. A quinze ans, elle fut placée comme bonne à Paris et se trouva très surmenée. Elle était toujours enrhumée.

Symptômes génitaux. — Jeanne O..., est réglée *tardivement à dix-sept ans*. Elle est obligée de garder le lit pendant deux mois, tellement elle se trouve fatiguée. Mais comme la malade s'explique mal, nous n'élucidons pas ce qui s'est passé à ce moment-là.

D'emblée, les règles sont irrégulières ; elles viennent d'abord tous les quinze jours et avec abondance, s'accompagnant de frissons et d'étourdissements.

A dix-sept ans et demi elle se marie. Pendant six mois, elle a des hémorragies et une abondante leucorrhée.

On lui dit qu'elle a une métrite et qu'il lui faut un curetage. Le curetage a lieu en 1908 au mois de juillet.

Les règles ne reviennent plus. — La malade devient rapidement obèse, et tous les signes de myxœdème fruste apparaissent.

Nous voyons la malade en juillet 1910. Elle a l'air vieillot et hébété. La figure est en pleine lune avec des pommettes cramoisies. Les bras sont boudinés, tout le corps et comme empâté et les mouvements sont lents.

Symptômes tyroïdiens. — Il y a des pseudo-lipomes sus-claviculaires ; les paupières retombent sur les yeux, les mains sont courtes, molles, bleues et moites ; les ongles sont normaux. Les dents sont belles et au complet. Les cheveux

sont très courts et très secs. Ils tombent depuis la disparition des époques, les aisselles et le pubis sont presque glabres.

La peau du corps marbrée et sèche.

Le menton est couvert de boutons d'acné depuis le curettage. Elle est très frileuse, frissonne tous les soirs, et le matin ne peut pas « se mettre en train ».

Son poids qui était de 110 livres avant le curettage est actuellement de 160 livres.

Mensuellement, elle éprouve des nausées, des troubles de la voix, elle est même parfois complètement aphone et en même temps elle a des bouffées de chaleur, de la dyspnée à la marche, des brouillards devant les yeux et une transpiration des mains telle qu'elle ne peut pas coudre.

Ni migraine, ni céphalée.

Le corps thyroïde n'est pas perceptible.

On donne de l'extrait thyroïdien à la dose de 10 centigrammes par jour et de l'extrait ovarien à la dose de 40 centigrammes par jour pour deux mois.

12 octobre 1910. — Les premiers cachets ont agi de suite sur la constipation et sur la menstruation. Les règles sont revenues pendant un jour, au mois d'août, alors qu'il y avait vingt-sept mois qu'elles étaient supprimées.

Elles ont eu lieu également en septembre, pendant une journée et au commencement d'octobre pendant trois jours.

La malade est toujours bien apathique. Elle s'ennuie, pleure « par besoin de pleurer », est incapable du moindre effort. Elle nous raconte avec indifférence que son mari l'a abandonnée il y a un an parce qu'elle était toujours malade et triste. Elle s'est réfugiée alors chez une tante où elle demeure actuellement.

Nous lui donnons X cachets de corps thyroïde et XX d'ovarine aux doses précédentes.

26 novembre. — Régles le 3 novembre, qui durent trois à quatre jours.

Mais notre malade se plaint de maux d'estomac, de « tiraillements », et elle transpire facilement.

Pouls 96 pulsations à la minute.

Elle a maigri légèrement, n'est plus aussi accablée, les pseudo-lipomes diminuent un peu, le visage est moins rond et moins rouge. Elle cause davantage.

6 janvier 1911. — Les règles sont bien régulières, elles ont eu lieu le 5 décembre, la malade les attend actuellement.

L'amaigrissement est notable. Poids 140 livres.

Le corps thyroïde est perceptible.

Mais c'est encore d'un air bien indifférent que la malade nous apprend que son mari a repris la vie commune le 11 décembre.

On suspend le traitement.

31 janvier. — Elle n'est plus constipée du tout, ne s'enrhume plus. La peau est assouplie. Les pseudo-lipomes sont effacés. L'appétit est bon. Les yeux sont brillants, mais il n'y a pas eu de menstrues en janvier.

Le matin, des nausées et parfois des vomissements aqueux.

On redonne quelques cachets de corps thyroïde : un de 10 centigrammes tous les jours et des cachets d'ovarine, un de 20 centigrammes tous les jours.

19 février. — La malade n'est plus reconnaissable. Le visage est très aminci, les paupières ne sont plus gonflées. L'expression est plus gaie, plus ouverte. La malade est contente de se sentir guérie ; elle ne s'ennuie plus du tout. N'est plus ni frileuse, ni constipée.

Nouvel examen gynécologique. — Pubis bien ombragé de poils.

Utérus gros globuleux : *grossesse* de six à huit semaines environ.

Jeanne O... éclate de rire à cette nouvelle ; elle en est heureuse.

Nous recevons, quelques jours après, une longue lettre où la malade exprime sa reconnaissance, nous dit sa joie et celle de son mari de voir leur union féconde.

18 mars.— La grossesse suit son cours.

Les vomissements du matin ne troublent pas l'appétit. Les mains de la malade ne sont plus ni gonflées, ni violacées, l'acné du menton, après une éruption qui dura deux ans sans discontinuité, est enfin guérie. En un mot, tous les phénomènes d'hypothyroïde ont disparu et il y aurait plutôt une tendance aux réactions hyperthyroïdiennes : mouvements fébriles revenant tous les soirs, 100 pulsations.

La glande thyroïde est bien développée.

La malade dit ne s'être jamais si bien portée.

OBSERVATION XXVI

(Hertoghe)

Jeune femme de trente neuf ans, qui a l'air plus âgée.

A la figure, le tégument est infiltré, la peau est marbrée de rouge aux pommettes.

Règles disparues à la suite du dernier accouchement, il y a deux ans et demi. Les désordres strumiprives ont porté surtout sur les cheveux et les dents.

Sensation constante de froid.

Constipation.

Douleurs attribuées à des rhumatismes. Toutes les dents sont ébranlées, beaucoup sont cariées, la voix est traînante.

Le traitement a commencé le 4 juin 1895.

Elle pesait alors 78 kgr.500.

Six mois après, elle pèse 60 kgr.500

Les cheveux repoussent : elle a rajeuni de vingt ans, et, selon son expression, « elle a l'air d'être sa propre fille. »

En décembre 1897, grossesse. Accouchement en 1898 d'un enfant bien portant.

CHAPITRE VII

TROUBLES GÉNITAUX DE LA CHLOROSE

La chlorose des jeunes filles est une cause fréquente du retard de l'instauration menstruelle et son influence se fait longtemps sentir sur le fonctionnement ovarien. D'autre part, il existe une relation assez étroite entre la chlorose et les fonctions du corps thyroïde.

Étienne et Demange mettent la chlorose sur le compte de l'insuffisance thyroïdienne. Dans tous les cas le fait qu'on ne peut pas contester est, que dans le cours de celle-ci on rencontre des manifestations de déficit ovarien et d'hyperthyroïdisme ou au moins de basedowisme. L'aménorrhée ou la dysménorrhée manquent rarement dans la chlorose. Dans la chlorose, d'après Hayem et Moriez, le corps thyroïde est assez rarement normal, il est presque toujours plus ou moins hypertrophié. Dans une clinique publiée en 1897 par *la Médecine moderne*, Hayem, insiste sur cette hypertrophie du corps thyroïde au cours de la chlorose. Il l'a trouvé plus moins hypertrophié dans 82 o/o des cas examinés. Cette hypertrophie glandulaire est souvent accompagnée chez les chlo-

rotiques d'excitabilité cardiaque, de troubles cardiovasculaires, d'émotivité, de tremblement, d'équilibre instable des fonctions nerveuses, etc. Il est vrai que Capitan et Jeulain ayant obtenu de bons résultats avec l'iodothyline, admettent que la chlorose peut être une forme de l'intoxication thyroïdienne. Ces faits prouvent, pour Parrhon et Golstein, que dans certains cas de chlorose, il existerait non seulement une simple exagération, mais aussi une perversion de la fonction thyroïdienne.

Nous empruntons une observation à la thèse d'Émile Jeulain (1898) où il s'agit d'une femme qui présentait des troubles chlorotiques accentués, en même temps que des ménorragies et une légère leucorrhée. Le traitement par l'iodothyline a amené une sédation des phénomènes chlorotiques et en même temps une amélioration des ménorragies et la disparition de la leucorrhée.

OBSERVATION XXVII

(Jeulain)

Chlorose, ménorragie et leucorrhée

E. D..., couturière, âgée de vingt-six ans, née à Strasbourg, venue à Paris à quatorze ans, origine israélite.

Antécédents héréditaires. — Mère nerveuse et rhumatisante que nous voyons souvent à la Pitié, se plaignant d'accidents de l'un et de l'autre ordre. Père bien portant.

Antécédents personnels. — N'ont rien d'intéressant.

Elle vient le 6 novembre 1897 à la consultation, se plai-

gnant d'une toux sèche et quinteuse et d'un état de fatigue et de courbature qui a débuté il y a un an environ. Teint pâle, légèrement jaune paille, mais non ictérique, muqueuses décolorées. Œdème très accusé des paupières, les malléoles aussi sont œdématiées. Inappétence, lourdeur aussitôt après le repas; quelquefois des vomissements bilieux, quelque temps après le repas (deux heures). Pouls rapide (104), souffle systolique à la base, souffle avec renforcement aux carotides.

Palpitations violentes qui souvent réveillent la malade pendant la nuit. Troubles nerveux : insomnie, rêvasserie, céphalées en casque avec point occipital; véritables crises de pleurs, chaleur au visage; constriction à la gorge. Anesthésie à la douleur aux membres gauches. Pas de perte de connaissance ni convulsions. Tremblement assez prononcé des mains, surtout du petit doigt et de l'annulaire, serait plus prononcé le matin au lever. Globes oculaires saillants et fixes; presbytie notable depuis l'âge de dix-huit ans, qui oblige la malade à porter des lunettes.

Réglée régulièrement, mais très abondamment. Durée des règles, dix jours. Dans l'intervalle, légère leucorrhée.

Cou gros, arrondi à la base, avec un lobe droit saillant, mou, qui s'est développé depuis deux ans, inquiétant de plus en plus le malade; aujourd'hui il mesure 34 centimètres au niveau de la septième cervicale.

L'interrogatoire sur les symptômes de la spécificité et de l'éthylisme est négatif. Auscultation du poumon, normale.

6 novembre. — [*Examen du sang.*] — Globules rouges 4.228.000. Hématoscope 11. Pouls 104. Cou a 31 centimètres, base 34.

19 novembre. — A pris 3, puis 4 comprimés par jour. État général meilleur : n'a plus des maux de tête ; muqueuses colorées. Cou a 31 centimètres, base 34. Globules rouges 5.832.000. Hématoscope 13.

4 décembre. — Prend 5 comprimés. Se trouve beaucoup mieux. très peu de palpitations, pouls 82, mange bien et digère bien.

Règles, au lieu de dix jours, huit jours de durée.

Plus de leucorrhée.

Cou a 30 centimètres, base 32 Hématoscope 13.

23 décembre. — Vient de faire une poussée grippale, qui n'a pas rappelé les symptômes chlorotiques ; n'éprouve plus de signes de névropathie. Pas de palpitations.

(Nous avons employé l'iodothyline sous forme de comprimés dosés à 0 gr. 25 de principe actif ; comprimés obligeamment mis à notre disposition par M. Vicario).

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

Les différentes observations que nous venons de passer en revue montrent bien la diversité des indications de l'opothérapie thyroïdienne en gynécologie.

En somme, les symptômes gynécologiques que présentent ces malades et pour lesquels nous recommandons le traitement thyroïdien, sont des symptômes banaux et c'est surtout par la présence d'autres symptômes relevables des troubles dans le fonctionnement de la glande thyroïde que nous basons les indications de l'opothérapie. Ces autres symptômes du dysthyroïdisme peuvent être plus ou moins nets et plus ou moins faciles à reconnaître. Ils varient depuis l'ensemble des symptômes caractéristiques du myxoedème ou de la grande insuffisance thyroïdienne où les symptômes gynécologiques n'ont qu'une importance tout à fait effacée jusqu'à la petite insuffisance thyroïdienne, le myxoedème fruste, où de temps en temps la malade se présente pour un symptôme gynécologique et les autres symptômes du déficit thyroïdien seront à rechercher.

D'autrefois la malade est dans un état d'instabilité thyro-ovarien et présentera soit simultanément, soit successivement des symptômes d'hypo ou d'hyperthyroïdisme.

Donc ces symptômes sont importants à connaître pour pouvoir être retrouvés et permettre ainsi d'instituer le traitement utile. Enfin on pourra quelquefois tenter le traitement thyroïdien contre certains symptômes gynécologiques sans qu'il y ait à véritablement parler des troubles thyroïdiens, ce ne sera qu'un traitement symptomatique basé sur la propriété même de l'extrait du corps thyroïde, d'agir sur la sphère génitale; tels les cas de certaines métrorragies traitées et arrêtées par la thérapeutique thyroïdienne.

Donc, nous pouvons diviser à ce point de vue les différentes malades à traiter en trois catégories.

Dans la première : les signes génitaux font partie d'un ensemble symptomatique très caractéristique, le myxœdème.

Dans la deuxième : les signes génitaux sont plus accentués et les petits signes d'hypo ou d'hyperthyroïdie sont à rechercher.

Nous insisterons tout à l'heure sur ces signes importants.

Enfin, dans la troisième catégorie : des malades qui ne présentent rien au point de vue thyroïdien, mais chez lesquels certains symptômes gynécologiques ont été bien influencés par l'opothérapie.

Nous n'insisterons pas sur le tableau clinique du

myxœdème, il est trop frappant et d'ailleurs les troubles génitaux sont trop effacés dans l'ensemble des symptômes morbides.

Au contraire, quand on est en présence d'un des symptômes pour lesquels nous avons envisagé la possibilité du traitement thyroïdien, tels que : règles douloureuses, ou fort abondantes, ou un retard dans la puberté, une leucorrhée abondante et gênante, un état congestif et douloureux permanent de l'appareil utéro-annexiel, d'une métrorragie, etc..., il faut penser à la possibilité d'un défaut dans le fonctionnement thyroïdien, dans le cas bien entendu où il n'existe pas d'autres causes, beaucoup plus fréquentes, qui peuvent être incriminées.

Quels sont donc ces symptômes d'hypothyroïdie chronique bénigne d'Hertoghe, appelée par Léopold Lévi, la petite insuffisance thyroïdienne. Voici la plupart de ces signes qui ont été bien mis en évidence par ces deux auteurs :

Ce sont : *des œdèmes transitoires*, blancs, indolents, de consistance assez ferme au niveau des paupières. *Des troubles pilaires*, comme la calvitie, grisonnement précoce. Il faut insister sur la chute du sourcil ou raréfaction de son tiers externe. *Troubles de la calorification*, refroidissement des extrémités, frilosité, frissons, hypothermie centrale, hyperesthésie exquise au froid.

La constipation, qui est fréquemment un trait du tempérament thyroïdien.

La fatigue, surtout matinale, ce sont des sujets

« nés fatigués ». *Anorexie, la somnolence, tendance à l'obésité, petite taille, retard dans le développement des différentes parties de l'organisme, sénilité précoce, douleurs musculaires articulaires, céphalée frontale ou occipitale, neurasthénie fragmentaire, apathie, indolence, tristesse ; l'œil souvent enfoncé, petit, atone...*

Tels est dans son ensemble le tempérament hypothyroïdien qui comporte des réactions vitales atténuées et un amoindrissement des échanges nutritifs. En outre, chez ces sujets, le corps thyroïde n'est visible, ni au repas, ni pendant la déglutition, ni pendant l'effort ; on n'arrive pas à le sentir par la palpation.

Passons maintenant aux petits signes d'hyperthyroïdie, qui, dans leur grand ensemble, réalisent le tableau clinique de la maladie de Basedow.

On note : *l'hypertrichose, en particulier sourcilière, les bouffées de chaleur, l'hyperthermie, la fièvre thyroïdienne, l'acro-érythrose avec peau humide. La tendance à la diarrhée. Un grand besoin de mouvement avec hâte à tout accomplir, de l'insomnie, de la maigreur, une grande taille de la précocité de développement, syndrome de jeunesse persistante (L. Lévi). Nervosisme et irritabilité, l'œil brillant, saillant, large, animé de mouvements nystagmiformes.*

Dans son ensemble, ce tempérament hyperthyroïdien est caractérisé par des réactions excessives et par une exagération des échanges nutritifs.

Enfin, la glande thyroïde est dans l'ensemble volumineuse, augmentée de volume.

En suivant le service de la consultation de la Clinique gynécologique de la Faculté (Professeur Pozzi), nous avons vu, institués par M. le Dr Jayle, nombre de traitements opothérapiques.

Nous avons pu nous-même suivre un certain nombre de malades et nous rapportons deux observations inédites, n^{os} 28 et 29.

OBSERVATION XXVIII (Inédite)

(Communiquée par le Dr Jayle.)

M^{lle} B..., née à Nevers, âgée de trente-six ans, gouvernante.

Antécédents personnels. — Réglée à dix-neuf ans. Au début, pendant trois mois, les règles sont difficiles et douloureuses. Puis elle est bien réglée. Règles assez abondantes, sans caillots, sans douleurs durant cinq à huit jours. Leucorrhée assez abondante. Pas d'enfant, pas des fausses couches.

A l'âge de vingt-quatre ans, à la suite d'un rapport suspect la malade commence à perdre en jaune-verdâtre, pertes qui lui tachent les linges. Un mois après elle présente un rhumatisme polyarticulaire, qui dure un mois.

En même temps la malade commence à souffrir dans les reins, le bas-ventre et au niveau de l'anus. Puis brusquement elle fait une crise dans le bas-ventre qui s'accompagne

d'une métrorrhagie assez abondante et qui nécessite son entrée à l'hôpital Lariboisière. Le Dr Michaud fait le diagnostic d'une salpingite double et lui fait une hystérectomie subtotale. La malade est sondée deux fois après l'opération, vingt jours après elle fait de la fièvre à 40 degrés, douleurs abdominales, ballonnement. Nouvelle intervention. A la suite de cette seconde opération la malade présente des troubles vésicaux marqués. Pendant deux mois on est obligé de sonder continuellement la malade. Mais elle ne souffre pas dans la vessie. En même temps elle continue à souffrir dans les reins, le bas-ventre et dans l'anus. Les pertes jaunes verdâtre continuent. Les phénomènes vésicaux persistent et s'aggravent, elle présente une pollakyurie diurne surtout, étant obligée parfois d'uriner toutes les deux heures, se levant la nuit une seule fois. En outre les mictions sont devenues douloureuses, s'accompagnant des contractions vésicales intenses. La malade se plaint aussi de bouffées de chaleur surtout pendant la digestion, sueurs, nausées. Quatre mois après l'intervention survient une seule perte sanglante, rappelant les règles. Depuis elle n'est jamais réglée.

Bientôt apparaît une céphalalgie intense qui prend nettement les caractères de la migraine ophtalmique.

La malade dort très mal, et les quelques instants de sommeil sont interrompu par des cauchemars. Elle change de caractère, devient triste, neurasthénique, la mémoire faiblit surtout pour les noms.

L'affaiblissement général est marqué, et s'accompagne d'une tendance à l'obésité : la malade ayant augmenté, en l'espace de trois ans, de 25 livres. Elle se confine à une vie sédentaire et apathique.

Deux ans après l'opération, elle est de nouveau obligée de consulter pour des troubles vésicaux devenus de plus en plus gênants. On fait le diagnostic d'un polype du méat, mais elle refuse le traitement proposé.

Pendant plusieurs années la malade continue à traîner cette vie apathique, d'une neurasthénique. Toujours agacée par les phénomènes forts gênants du côté de la vessie, les crises douloureuses vésicales se rapprochant de plus en plus.

En 1911 : en dehors de tout rapport génital, la malade fait une poussée congestive, qui se traduit par de la suppuration et de l'œdème vulvaire. Elle consulte de nouveau et on fait le diagnostic d'une biennorragie. Traitement, bains de siège, bleu de méthylène par voie buccale, argyrol localement. En même temps, les troubles vésicaux augmentent, les mictions sont difficiles et douloureuses.

Le traitement améliore les phénomènes congestifs génitaux et vésicaux, sans toutefois amener la guérison.

En 1912 : elle continue le traitement avec des bains de à l'eau oxygénée, mais sans résultats appréciables. La polakuryrie continue surtout diurne (toutes les deux heures) et une fois seulement la nuit avec des douleurs terminales à la miction.

En 1913 : au mois de mars, nouvelle poussée congestive génitale et vésicale.

Vient de nouveau à l'hôpital Broca. Le Dr Luys fait le diagnostic d'un polype du méat urétral et commence les cautérisations de huit jours en huit jours, pendant quatre mois.

A la cystoscopie, la vessie est normale. Mais ce traitement ne paraît guère améliorer la malade, au contraire, elle souffre plus pendant la miction. En octobre, elle consulte

le Dr Luys qui continue les cautérisations jusqu'au mois de janvier 1914.

A ce moment, le Dr Luys la revoit de nouveau et après avoir constaté la persistance malgré le traitement des symptômes vésicaux, la renvoie à M. le Dr Jayle.

15 janvier 1914. — Examen de la malade fait par le Dr Jayle à la consultation de l'hôpital Broca.

Signes vésicaux. — La pollakyurie est intense et les envies d'uriner sont impérieuses, la malade ne peut plus faire les longs trajets en ville. L'intensité de la pollakyurie varie d'un jour à l'autre.

La malade est parfois obligée d'uriner toutes les demi-heures. Les mictions sont douloureuses. La douleur est surtout terminale et tellement intense, que pour la soulager, la malade est obligée de s'accroupir. Fait particulier, les troubles sont très intenses le jour, mais la nuit ils s'atténuent et la malade n'urine qu'une seule fois.

A l'examen approfondi, on remarque les symptômes suivants : frilosité ; bouffissure matinale du visage, des mains ; migraine ophthalmique ; douleurs musculaires et articulaires surtout au niveau des mains et principalement du quatrième métacarpien, douleur qui la réveille la nuit. Chevelure peu abondante, fatigue au moindre effort. Pouls à 60. Bouffées de chaleur surtout après le repas. Instabilité vaso-motrice.

La malade est très nerveuse, à la moindre émotion, elle présente des palpitations cardiaques intense. Tremblement, angoisse, œil brillant.

A l'examen physique des organes génito-urinaires, on constate que la vulve est rouge, congestionnée, surtout au niveau du méat. Le vagin est légèrement rétréci.

Le col est conique et petit. Vessie normale. Urines normales.

Se basant surtout sur l'ensemble des symptômes et sur l'échec du traitement suivi par la malade, le Dr Jayle essaye le traitement thyroïdien.

La première semaine la malade prend 4 cachets de thyroïdine de 0 gr. 025. Après le troisième cachet, elle passe une nuit sans uriner, ce qui ne lui est jamais arrivé depuis qu'elle est souffrante.

La deuxième semaine, 5 cachets de 0 gr. 025. La nuit de vendredi à samedi, après avoir pris les 5 cachets, les symptômes s'aggravent, elle a une migraine ophtalmique, température 38°4, digestion pénible, nausées, troubles vésicaux, elle a uriné cinq fois la nuit.

Mais les jours suivants elle va mieux, passe une journée sans uriner pendant cinq heures de promenade en ville, plus de contractions douloureuses de la vessie, moins de fatigue. On suspend le traitement du jeudi 19 février au jeudi 5 mars, à la suite d'une grande fatigue, de battements du cœur et d'une diarrhée profuse qui dura quatre jours.

On reprend le traitement à des doses moindres, de 0 gr. 005 et le 19 mars on constate une amélioration notable de tous les symptômes. Plus de maux de tête.

Urine moins souvent, plus de douleur à la miction.

OBSERVATION XXIX (Inédite)

(Communiquée par MM. les Drs Jayle et L. Lévi.)

M^{me} A. F..., âgée de quarante ans, vient à la consultation du service de la Clinique gynécologique de l'hôpital Broca,

Le 27 février 1913, pour des douleurs dans les mains et les pieds et des courbatures dans les jambes, qui durent depuis un an, ayant débuté après l'opération qu'elle a subie le 21 mars 1912.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante-sept ans, de néoplasme. Il avait peu de sourcil. Mère de soixante et un ans, bien portante. 8 frères et sœurs dont 1 mort par accident. Tous les enfants ont peu de sourcils.

Antécédents personnels. — Marche en retard, vers dix-neuf mois. Rougeole vers sept ans. Opérée d'appendicite à l'âge de vingt-six ans. Hystérectomie avec ovario-salpingectomie bilatérale, opérée par le Dr Deverre le 21 mars 1912. Puberté à l'âge de dix-sept ans. Règles avec cinq jours d'avance, durée quatre jours, douloureuses. Aménorrhée depuis l'opération. A une fille de dix-huit ans très grasse. Le symptôme actuel ont débuté à la suite de l'hystérectomie.

Elle se plaint des douleurs musculaires que nous avons noté et aussi des troubles vésicaux : mictions fréquentes, dix fois le jour et deux ou trois fois la nuit, et on lui a fait quelques lavages de la vessie.

A l'examen complet de la malade on note les symptômes généraux suivants : Bouffissure du visage, plus accentuée le matin. Chevelure peu abondante, peu de sourcils. Grisonnement précoce, la malade est très blanche depuis un an. Frileuse, pieds froids mains froides. Bouffées de chaleur surtout après le repas. Très fatiguée le matin. A grossi depuis l'opération.

Dentition médiocre. Pouls à 88 Varices des membres inférieurs. S'enrhume plus facilement cette année. Pesanteur sur les yeux. Vertiges au moment des bouffées de

chaleur. Battements du cœur la nuit, n'en a plus depuis deux mois. Plus émotive depuis l'opération. Diminution de mémoire. Cauchemars presque toutes les nuits.

Se basant sur ces symptômes, et d'accord avec le Dr Léopold Lévi, M. Jayle institue le traitement thyroïdien.

Traitement. — 6 mars 1913. — Début du traitement Dès le 10 avril, ayant ingéré 5 cachets de 0 gr. 005 et 18 de 0 gr. 025. Amélioration.

17 avril. — Ne se lève plus la nuit pour uriner. Urine cinq fois seulement dans la journée. Jusqu'au 15 mai, état parfait. Le 21 juillet, la malade écrit qu'elle va parfaitement bien. Les douleurs à l'épaule ont disparu. La vessie va bien.

Du mois de mars 1913 à fin juillet 1913, elle a eu quelques reprises des douleurs.

Examinée au mois de juillet par le Dr Jayle, voici ce qu'il a constaté : vers le 13 mai, douleurs de vessie qui ont duré quatre jours et qui ont été provoquées par une vive contrariété. En même temps, la malade ressentait des bouffées de chaleur. Le 4 juin, elle a souffert une nuit de la vessie et a eu la diarrhée pendant quelques jours.

Encore quelques douleurs vésicales du 13 au 20, qui disparaissent après le troisième cachet. Le Dr Jayle continue le traitement thyroïdien. La malade vient régulièrement à la consultation de l'hôpital Broca où elle subit un traitement thyroïdien méthodique et surveillé.

Et voici ce qu'elle écrit le 15 octobre 1913 : « Je suis toujours très bien. Les maux de tête ne sont pas revenus, ni aucune douleur. Je peux maintenant faire de longues courses sans fatigue. La vessie va très bien. »

La malade continue toujours le traitement et le 12 février 1914 elle écrit: « Vessie bonne. Pas de bouffées de chaleur. Fait de longues courses de 6 kilomètres. » A pris 15 cachets de 0 gr. 025 depuis le 29 janvier.

MODE D'ADMINISTRATION

DU CORPS THYROÏDE

L'hygiène thyroïdienne a été utilisée sous quatre formes principales : greffe, glande fraîche, extrait pour ingestion, extrait injectable.

Les greffes ne trouvent guère leur emploi dans les cas qui nous intéressent vu leur complexité et la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Les injections hypodermiques des extraits glycerisés de la glande semblent aujourd'hui à peu près abandonnées. Ces injections sont douloureuses et donnent facilement des abcès.

L'ingestion alimentaire est la méthode de choix, parce qu'elle est d'une application facile et qu'elle supprime la nécessité d'une asepsie rigoureuse tout à fait indispensable pour les injections.

Les essais cliniques ont montré que la thyroïde donne d'austral heureux résultats par voie buccale que par injection.

Pour l'ingestion, on peut employer soit la glande fraîche, soit des préparations sèches.

L'administration de la glande fraîche présente

tous les inconvénients de toute opothérapie par glande fraîche :

Approvisionnement difficile, décomposition rapide du tissu glandulaire, dégoût éprouvé par le malade.

Dans les cas où il y aurait absolue nécessité à l'utiliser, on peut prescrire chaque jour la valeur d'un lobe thyroïdien frais de mouton (poids : 1 gr. 10 à 1 gr. 30) pendant vingt jours par mois (en deux périodes) avec repos de dix jours. Dès que l'amélioration du malade est apparue, il est utile de diminuer les doses prescrites, de la moitié environ. La glande peut être absorbée crue, râpée, dans du bouillon à 40 degrés, ou roulée en boulettes enrobées dans du sucre ou de la confiture.

C'est au mouton et au cheval qu'on s'adresse d'habitude, car, d'après Wandenberg, chez les veaux et les porcs on trouve dans 1 à 10 o/o des cas des corps thyroïdes extrêmement volumineux, siège de goîtres adénomateux, colloïdes et cancéreux.

Les extraits thyroïdiens à prendre par voie digestive constituent à coup sûr la méthode la plus pratique. Mais ces extraits sont nombreux et ne contiennent pas toujours la totalité de la glande thyroïde.

De ces derniers nous dirons un mot sur l'iodothy-rine de Baumaunn (1895), assez fréquemment utilisée en France et qu'on supposait, dans les premiers temps de son emploi, représenter la substance active du corps thyroïde.

Les recherches récentes ont montré qu'il s'agit là, au contraire, d'un produit mal défini, résultant pour

une part de la dégradation de substances plus complexes et ne contenant qu'une très faible portion des principes actifs thyroïdiens. L'iodothyline est cependant mieux supportée que l'extrait thyroïdien total, étant débarrassée des substances nocives provenant de l'autolyse et de la putréfaction.

Quoi qu'il en soit, les préparations sèches de la glande thyroïde sont préférables, à condition que la glande soit aussi peu modifiée que possible, par la simple dessiccation.

A ce point de vue la meilleure préparation provient d'une glande saine, desséchée à froid dans le vide. Nous agissons ainsi par l'ensemble et non par l'un ou l'autre des principes contenus dans le tissu glandulaire.

Bien préparée, la glande thyroïde sèche est une poudre dont 0 gr. 10 correspondent environ à 0 gr. 30 à 0 gr. 50 de glande fraîche.

La poudre à ingérer doit être fraîche.

On sait, en effet, qu'on rapporte, à juste titre, à la putréfaction de la glande thyroïdienne, un certain nombre d'accidents observés autrefois.

La putréfaction se dénonce par le développement d'une odeur désagréable, différente de l'odeur habituelle, laquelle est celle d'une poudre de viande de bonne qualité. Elle sera soupçonnée, en outre, alors même que ceux-ci seront, comme ils doivent l'être, conservés au sec, par l'adhérence les uns aux autres des cachets de poudre.

Les formes pharmaceutiques utilisées par voie

buccale sont : les paquets, cachets, capsules, comprimés, granulés, pilules.

La forme de cachet est supérieure aux autres, car elle permet un contrôle efficace. Toute poudre, tout cachet suspect doivent être rejetés.

Les cachets employés couramment sont de 0 gr. 005, de 0 gr. 025 et de 0 gr. 10 de glande desséchée équivalant à 0 gr. 25, à 0 gr. 125 et à 0 gr. 50 de glande fraîche ; la glande desséchée représentant en effet, à peu près cinq fois le poids de la glande fraîche.

La question de doses est ce qu'il y a de plus difficile dans l'emploi du corps thyroïde. Il est un certain nombre de préceptes généraux que l'on doit suivre lorsqu'on applique la médication thyroïdienne ; ainsi est-il possible le plus souvent d'éviter les incidents et accidents qui peuvent survenir chez le sujet en cours de traitement. Les recherches récentes des auteurs engagent à conclure que pour produire les effets utiles, point n'est besoin de prescrire de fortes doses d'extraits.

Il est nécessaire surtout de n'employer au début que de très faibles quantités, afin de tâter la tolérance du malade.

Souvent le traitement thyroïdien est pierre de touche et de petites doses, même en quelques jours suffisent à montrer, qu'on suit la bonne voie thérapeutique.

Pour M. Lévi, la théorie du traitement thyroïdien se résume en la formule suivante :

« Si l'hypothyroïdie conduit à l'emploi du traitement thyroïdien, c'est l'hyperthyroïdie qui en règle les doses. »

Dans les cas où il n'y a pas d'hyperthyroïdie, on commencera par des doses faibles de 0 gr. 025 par cachet.

On donnera un cachet tous les deux jours, la première semaine.

A cette période d'adaptation fera suite la période de traitement proprement dit.

Les doses doivent être augmentées progressivement.

On continuera par un cachet de 0 gr. 025 tous les jours pendant dix jours avec repos de deux jours pour recommencer de nouveau, si le traitement est bien supporté. Si le résultat obtenu paraît insuffisant on augmentera le nombre des cachets, en donnant deux fois 4 cachets de 0 gr. 025 par jour.

On pourra même arriver à faire absorber au malade des cachets de 0 gr. 10 à la fois. La dose de 0 gr. 20 par jour est une dose moyenne et en général, bien supportée, peut être continuée chaque jour par période de dix jours avec repos de cinq jours. Pour Castaigne et Parizot, il est inutile de dépasser les doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 par jour.

Lorsque l'amélioration paraît bien établie, on diminue la quantité journalière d'extrait en n'appliquant plus le traitement que deux jours par semaine ou une semaine par mois, c'est la période d'entretien qui fait suite aux deux premières.

Dans les cas où il existe des réactions d'hyperthyroïdisme simultané, on commencera par des doses encore plus faibles de 0 gr. 005 et on augmentera lentement et progressivement jusqu'à des cachets de 0 gr. 025.

Pour M. Lévi, il ne faut ni donner des doses trop fortes; ni s'attarder à des doses insuffisantes. Une dose optima doit être toujours recherchée et sera obtenue avec une certaine habitude.

Souvent enfin on aura avantage d'associer au traitement thyroïdien l'extrait ovarien ou du corps jaune.

Par cette association, on arrivera à renforcer ou à modérer le traitement thyroïdien.

Pour l'ovaire, dont la toxicité n'est pas à craindre, on peut prescrire des doses de 0 gr. 20 ou 0 gr. 30 ou 0 gr. 70 par jour.

L'extrait du corps jaune de l'ovaire est employé à la dose 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour.

Il faut surveiller attentivement le malade au cours du traitement. Il faudra le suivre par le pouls, la balance et par l'ensemble des phénomènes nerveux.

Si le pouls dépassait 100 à 110, on serait amené à diminuer, puis à rejeter la poudre thyroïdienne.

Une diminution considérable ou continue du poids conduit à la même indication.

De même, dans les cas où il se produit : une diarrhée, des transpirations, de la céphalée, de l'angoisse ou du battement de cœur.

On doit enfin se rappeler qu'il faut veiller à l'hygiène générale du malade au cours de la cure thyroïdienne : repos au lit pendant les premières semaines du traitement (chez l'enfant surtout), aération, suppression des boissons alcooliques, alimentation abondante, mais peu de viande, hydrothérapie chaude, doses répétées de bicarbonate de soude, qui d'après Hertoghe, permet une plus grande tolérance du traitement

Quant à la durée du traitement, elle est indiquée par l'état des malades. Mais il est bon, même après le rétablissement régulier des fonctions génitales et le relèvement de l'état général, de laisser les malades à de très petites doses d'entretien.

Si nous avons insisté sur les « petites doses », c'est que « leur avantage est à rapprocher du fait qu'à l'état normal, c'est par de petites doses également que la glande thyroïde déverse ses produits dans le sang ».

INCONVÉNIENTS ET ACCIDENTS

DU TRAITEMENT THYROIDIEN

Nous venons de voir qu'il faudra surveiller de près le malade pour déceler, dès son apparition, les premiers signes d'intolérance pour le corps thyroïde.

Il existe, en effet, de petits incidents du traitement, que les auteurs anglais dénomment « thyroïdisme » et qui, pour M. M. Lévi et de Rothschild, réalisent un véritable nervosisme expérimental.

Ils surviennent surtout au début du traitement, alors que la dose convenable n'est pas encore fixée. D'autres fois, on a à les noter, quand on force les doses, pour augmenter l'effet utile de la médication. Ces petits incidents sont :

De l'agitation nerveuse, accélération du pouls, palpitations cardiaques, bouffées de chaleur, sudation, inappétence ou de la polydypsie, de l'insomnie, des tremblements, des vomissements, de la céphalée. On peut ajouter avec Hertoghe des douleurs musculaires et articulaires, une violente douleur lombaire, de l'oppression.

Gauthier et Charolles signalent les vertiges, la polyurie, la dyspnée, les nausées. Mais rapidement, dès la suppression du traitement, tous ces phénomènes disparaissent. On a signalé cependant des accidents plus graves, dont quelques-uns terminés, par la mort : troubles cardiaques graves, vertiges, crises épileptiformes, troubles psychiques, phénomènes cutanés, albuminurie, etc. (Chauffard, Bécère, Halbertsberg, Boinet, Vaquez, Briquet, Fr. Franck, etc.) Ces accidents sont actuellement de plus en plus rares et ils ont paru diminuer de fréquence au fur et à mesure des progrès accomplis dans la préparation des produits thyroïdiens employés. C'est pourquoi certains auteurs, en particulier Lanz, Orgler, Gregor et d'autres, ont pensé que ces phénomènes devaient être rapportés bien plutôt à un défaut de fabrication, à l'altération des produits, à l'autolyse, etc, qu'aux produits thyroïdiens eux-mêmes. Pour éviter tous ces incidents ou accidents, il convient : d'employer une bonne préparation, d'utiliser des doses faibles ou moyennes, d'interposer des périodes de repos entre les périodes de traitement, de surveiller le sujet, surtout au début du traitement et lorsqu'on augmente les doses.

CONCLUSIONS

I. — Les rapports qui existent entre le corps thyroïde et l'ovaire sont indéniables, depuis les recherches expérimentales, fort nombreuses, et les faits cliniques rapportés par les auteurs anciens et modernes.

II. — Donc à des troubles dans le fonctionnement thyroïdien peuvent correspondre des troubles ovariens, qui, de ce fait, seront justiciables du traitement thyroïdien.

III. — En présence d'un syndrome gynécologique non expliqué par les causes banales, de beaucoup les plus fréquentes, penser à la possibilité d'une dysthyroïdie et rechercher les symptômes de l'hypo ou de l'hyperthyroïdie sur lesquels nous avons insisté.

IV. — Le traitement thyroïdien doit être appliqué, en commençant par des petites doses et en augmentant progressivement sans jamais dépasser les doses élevées de 0 gr. 40, 0 gr. 50. Il est bon d'associer à ce traitement des soins généraux, et, dans quelques cas particuliers, l'opothérapie ovarienne.

V. — En somme, l'application méthodique, raisonnée, de la médication thyroïdienne et une surveillance

attentive des sujets, telles que nous venons de les décrire, permettent en toute sécurité de faire bénéficier les malades d'un traitement capable de produire, dans bon nombre d'états pathologiques, une amélioration considérable et souvent durable.

Vu : le Président de la thèse,
POZZI

Vu : le Doyen,
F. LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Apert. — Dysthyroïdie bénigne.

- Traitement thyroïdien de l'infantilisme et de la chryptochidie (Bull. méd., 1901. Soc. de Pédiatrie, 1901).

Béclère et Marie. — Action du suc thyroïdien de l'organisme (Société médicale des Hôpitaux, 1894).

Blondel. — Théorie nouvelle de la chlorose (Bulletin général de Thérapeutique, 1897).

Brissaud. — Infantilisme par atrophie thyro-ovarienne (Presse médicale des Hôpitaux, 1894).

- Myxœdème thyroïdien et myxœdème parathyroïdien (Leçons cliniques).

Brown Séquard. — Archives de Physiologie, 1889-1891.

Brunet (F.). — La médication organique avant Brown Séquard (Archives cliniques de Bordeaux, 1890).

Carnot. — L'opothérapie, 1910.

Chantemesse et Marie. — Archives de Physiologie, 1894.

Charrin et Jardry. — Synergie thyro-ovarienne (Académie des Sciences, 1906).

Capitan. — De la chlorose thyroïdienne.

Cristiani. — Archives de Physiologie, 1893.

Consiglio. — Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1904.

Claude Bernard. — Leçons de Physiologie, 1855.

Choay (M.). — Des extraits opothérapiques, modes de préparation, rendement, posologie. Thèse de Paris, 1911.

Castaigne et Parisot. — Journal médical français, 1911.

Collard-Huard (M^{me}). — De l'insuffisance ovarienne envisa-

gée dans ses rapports avec l'insuffisance thyroïdienne. Thèse de Paris, 1911.

Dalché. — Dystrophie ovarienne (Bulletin de la Soc. méd. des Hôpitaux, 1901).

— Gazette des Hôpitaux, 1907.

— Hyper et hypo-ovarie (Gaz. des Hôpitaux, 1907).

— Obésité et métrorragies (Semaine gynécologique, 1913).

Dalché et Robin. — Traitement médical des mal. des femmes.

Durcane-Mouroux (M^{lle}). — Ménopause précoce. Thèse de Paris, 1904.

Dupré et Pagniez. — Infantilisme dégénératif compliqué de dystrophie pubérale (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1902).

Gauthier (G.). — Les médications thyroïdiennes, 1902.

Gley. — Recherches sur la fonction thyroïdienne (Revue de la Société de Biologie, 1894, 1896, 1898).

Gomez (Ocana). — Association fonctionnelle entre le corps thyroïde et les testicules ou les ovaires (Intermédiaire des Biologistes et des Médecins, 1899).

Gauthier (Armand). — La fonction menstruelle et le rut des animaux (Bull. acad. de Méd., 1900).

Hallion. — Influence produite par l'ovaire sur le corps thyroïde (Revue de la Société de Biologie, 1907).

Hertoghe. — Influence des produits thyroïdiens sur les organes génitaux (Semaine médicale, 1896).

— De l'hypothyroïdie bénigne chronique ou myxœdème fruste (Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1899).

Hertoghe. — Les Insuffisances thyroïdiennes (Ann. Soc. de Med. d'Anvers. Bull., 1912).

Hallion et Carrion. — Sur le traitement sérothérapique du goitre exophtalmique d'après la méthode de Ballet et Enriquez (Congrès des neurologistes et aliénistes français. Presse Médicale, 1905).

Harem. — Médecine Moderne, 1897.

Jayle. — Effets physiologiques de la castration chez la

femme (Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale, 1897-1898-1903).

— Insuffisance ovarienne (Presse Médicale, 1900-1909).

Jeandelize. — Insuffisance thyroïdienne et para-thyroïdienne à début dans le jeune âge. Thèse de Nancy, 1902.

Jouin. — Ovaire et corps thyroïde (Congrès pour l'avancement des sciences, Paris 1900).

Jeulain. — De la chlorose thyroïdienne. Thèse de Paris 1898.

Lévi (Léopold) et *H. de Rothschild.* — Études sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse, 1907.

— Nouvelles études sur la physio-pathologie du corps thyroïde et des autres glandes endocrines, 1910.

— La Petite insuffisance thyroïdienne, 1913.

— Migraine thyroïdienne (Bull. de la Soc. Méd. des Hôp., 1906).

— Neuroarthritisme in Mouvement Médical, 1913, n° 5.

— Nevrosisme. Soc. Méd. Hôp., 1907.

Lorand. — Congrès français de Médecine. Paris, 1904.

Murray. — Brit. med. Journ., 1904.

Odeyè. — Influence des modifications utéro-ovariennes sur les affections du corps thyroïde. Thèse de Paris, 1895.

Parrhon et *Golstein.* — Les sécrétions internes, 1909.

— Antagonisme de l'ovaire et du corps thyroïde (Soc. de Biologie, 1904).

Renon. — Utilité d'associer les modifications opothérapiques (Société de Thérapeutique, 1907).

— Syndrome polyglandulaire et opothérapie associée (Journal des Praticiens, 1908).

Siredey (A.). — Hygiène des maladies de la femme, 1904.

Siredey (A.) et *Faure.* — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale, 1910.

Vinay. — La ménopause chez les thyroïdiennes (Bull. méd., 1907, n° 66).



